



HAL
open science

Le dispositif Vigilans dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure : analyse des données de mortalité

Sara Khayat

► To cite this version:

Sara Khayat. Le dispositif Vigilans dans les départements de la Seine-Maritime et de l'Eure : analyse des données de mortalité. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02356262

HAL Id: dumas-02356262

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02356262v1>

Submitted on 8 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

**THESE D'EXERCICE POUR LE DOCTORAT EN
MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

Madame Sara KHAYAT

Née le 20/01/1991 au LIBAN (99)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 2 OCTOBRE 2019

**Le Dispositif Vigilans dans les départements de la Seine
Maritime et de l'Eure : Analyse des Données de Mortalité**

Président de Jury : Pr Olivier GUILLIN

Directeur de thèse : Dr Gaël FOULDRIN

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Guillaume SAVOYE

I – MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie

Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GULLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
M. Benoît MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II – PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES UNIVERSITAIRES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCO	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Alice MOISAN	Virologie
Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
M. Henri GONDE	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne **LAINÉ** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

M. Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mr Youssan Var **TAN**

Immunologie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Le Dispositif Vigilans dans les départements de la Seine
Maritime et de l'Eure : Analyse des Données de Mortalité

COMPOSITION DU JURY

Président de jury

Monsieur le Professeur Olivier GUILLIN

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Gaël FOULDRIN

Membres du jury

Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Monsieur le Professeur Gilles TOURNEL

RERMERCIEMENTS

A Monsieur le Président de jury, Pr Olivier GUILLIN,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je tiens à vous faire part de ma sincère et profonde reconnaissance pour votre disponibilité et précieux conseils ainsi que votre enseignement tout au long de mon internat.

A Monsieur le directeur de thèse, Dr Gaël FOULDRIN,

Je vous remercie de m'avoir épaulée, conseillée et soutenue pour la réalisation de ce travail de thèse. Je vous remercie également pour votre disponibilité et votre encadrement au cours de mon internat.

A Monsieur le Pr Luc-Marie JOLY,

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail de thèse.

A Monsieur le Pr Gilles TOURNEL,

Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger ce travail de thèse, d'apporter votre expérience et de participer à mon jury.

A mes parents et à ma sœur,

Merci pour votre amour et votre soutien inconditionnel tout au long de mon parcours scolaire. Vous étiez un élément indispensable à ma réussite. Je vous remercie également pour tous les bons moments passés à vos côtés.

A Nicolas,

Merci pour ton amour et ton soutien inconditionnel, tu étais et tu restes un élément indispensable à ma réussite. Je te remercie également pour tes conseils, ta bonne humeur, ton humour, ton goût pour l'aventure et tous les bons moments passés à tes côtés au quotidien.

A ma belle-mère,

Merci pour ta gentillesse, ta générosité et ton soutien inconditionnel depuis toutes ces années.

A mon beau-frère, à mon oncle et ma tante, à mes cousins,

Merci pour votre gentillesse et tous les précieux moments passés à vos côtés.

A ma nièce,

Merci d'être notre rayon de soleil depuis le jour de ta naissance.

A Maïtané et Alexis,

Merci pour votre amitié inconditionnelle, votre soutien, vos conseils, votre disponibilité et votre bonne humeur depuis toutes ces années.

A Céline,

Merci pour ton amitié et ton soutien tout au long de mes études de médecine. Je te souhaite une belle réussite.

A mes amis,

Merci pour votre présence et votre soutien.

A mes confrères et consœurs, à mes collègues,

Merci à toutes les équipes médicales et paramédicales (infirmières et infirmiers, aides-soignantes et aides-soignants, secrétaires, psychologues et assistantes sociales) avec qui j'ai eu de la chance de travailler et qui ont contribué à ma formation et à mon épanouissement dans le cadre de mon internat.

Merci à mes amis internes avec qui j'ai partagé des moments exceptionnels en stage et qui m'ont apporté leur soutien et leur expertise tout au long de mon internat.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS – GLOSSAIRE.....	1-2
LISTE DES CARTES.....	3
LISTE DES FIGURES.....	3
LISTE DES GRAPHIQUES.....	4-5
LISTE DES TABLEAUX.....	6
INTRODUCTION.....	7-9
LE SUICIDE.....	10
1. Définitions.....	11
1.1. Crise suicidaire.....	11-14
1.2. Comportement suicidaire.....	14
1.3. Suicide.....	14
1.4. Tentative de suicide.....	14
1.5. Idées suicidaires.....	14
1.6. Comportements à risque.....	15
2. Epidémiologie.....	15
2.1. Le suicide.....	15
2.1.1. Au niveau mondial.....	15-16
2.1.2. Au niveau de l’Union Européenne.....	16-17
2.1.3. En France.....	17
2.1.3.1. Le recueil de données.....	17
2.1.3.2. Les données en France entière et en France métropolitaine.....	17-19
2.1.3.3. Les modes de suicide.....	19

2.1.3.4. Les disparités selon la catégorie socio-professionnelle.....	19-20
2.1.3.5. Les disparités régionales	20
2.1.4. Au niveau régional : En Normandie.....	21-25
2.1.5. Au niveau des départements de la Seine Maritime et de l'Eure	25-27
2.2. Les tentatives de suicide.....	27
2.2.1. Généralités.....	27
2.2.2. Le recueil de données	28
2.2.2.1. Les données hospitalières.....	28-30
2.2.2.2. L'auto-déclaration des comportements suicidaires.....	31-33
2.2.3. Résultats des enquêtes Baromètre santé.....	34
2.2.3.1. Pensées suicidaires.....	34-35
2.2.3.2. Tentatives de suicide.....	35
2.2.3.3. Facteurs de risque.....	35-37
2.2.4. Conclusion.....	37
3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs du suicide.....	37
3.1. Définitions.....	37-38
3.2. Classification des facteurs de risque.....	38-39
3.3. Mécanismes neurobiologiques et vulnérabilité spécifique.....	40
3.4. Facteurs de risque et actions de prévention.....	41
4. Evaluation du potentiel suicidaire.....	41
4.1. Echelles.....	41-42
4.2. Outil RUD.....	42-46

LE DISPOSITIF VIGILANS.....	47
1. Introduction.....	48
2. Définition.....	49
3. Modalités de fonctionnement.....	49
4. Principes du système de veille.....	49-50
5. Déclinaison du dispositif Vigilans en Normandie.....	51
5.1. Généralités.....	51
5.2. Mise en place du dispositif.....	51-52
5.3. Modalités de fonctionnement.....	53
5.4. Composition de l'équipe.....	54
5.5. Evaluation du dispositif.....	55
5.6. Conclusion.....	55-56
L'AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE.....	57
1. Généralités.....	58-59
2. Définition.....	59
3. Historique.....	59
4. Déroulement.....	60-63
5. Principaux résultats des autopsies psychologiques.....	63-64
6. Exemples d'autopsies psychologique.....	64
6.1. Autopsie psychologiques réalisée au Nouveau-Brunswick.....	64
6.1.1. Introduction.....	64
6.1.2. Objectifs.....	64
6.1.3. Déroulement.....	64-65

6.1.4. Résultats.....	65-69
6.1.5. Discussion.....	69-70
6.1.6. Conclusion.....	70
6.2. Autopsie psychologique réalisée en Chine.....	70
6.2.1. Introduction.....	70
6.2.2. Objectifs.....	70
6.2.3. Déroulement et méthodes.....	70-72
6.2.4. Résultats.....	72-73
7. Conclusion.....	73
ETUDE DES DONNEES DE MORTALITE DU DISPOSITIF VIGILANS	74
1. Objectifs de l'étude.....	75
2. Matériel et Méthodes.....	75-77
3. Résultats de l'étude.....	77
3.1. Données épidémiologiques	78
3.1.1. Age et sexe.....	78
3.1.2. Données socio-démographiques	78-79
3.2. Données médicales.....	80
3.2.1. Antécédents médicaux.....	80
3.2.2. Traitements et suivi.....	81
3.2.3. Les modes de suicide.....	82-83
3.2.4. Facteurs favorisant le suicide.....	83
3.3. Données recueillies au cours de la période de veille.....	84-89
4. Discussion.....	89-92

CONCLUSION.....	93-94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	95-101
ANNEXES.....	102-120
RESUME.....	121-122
MOTS CLES.....	122

LISTE DES ABREVIATIONS - GLOSSAIRE

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Cépi-Dc : Centre d'Epidémiologie des Causes de Décès

Inserm : Institut national de la santé et de recherche médicale

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - Médecine
Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CIDI : Composite International Diagnostic Interview

ESEMeD : European Study of Epidemiology of Mental Disorders

ONS : Observatoire National du Suicide

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la santé

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A
la Défense

IMC : Indice de Masse Corporelle

OR : Odd Ratio

OSCOUR® : Organisation de la Surveillance Cordonnée des Urgences

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

BDI : Beck Depression Inventory

BHS : Beck Hopelessness Scale

SIS : Suicide Intent Scale

BSS : Beck Scale for Suicide Ideation

RUD : Risque Urgence Danger

UF : Unité Fonctionnelle

CMP : Centre Médico-Psychologique

SU : Service des Urgences

APU : Avis Ponctuel aux Urgences

PNAC : Programme National d'Action Contre le Suicide

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ARS : Agence Régionale de Santé

COFIL : Comité de Pilotage

DGS : Direction Générale de Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

ETP : Equivalent Temps Plein

CPS : Compétences Psycho-Sociales

Ad hoc : Registre de décès

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

SCID : Structured Clinical Interview for DSM

SCID – II – SR : Structured Clinical Interview for DSM Self Reported

ALPHI : Adult Life Phase Interview

J10-J21 : 10 et 21^{ème} jour après la tentative de suicide

RSA : Revenu de Solidarité Active

CIM : Classification Internationale des Maladies

LISTE DES CARTES

<u>Carte 1.</u> Taux de suicide standardisé sur l'âge chez l'homme dans le monde.....	16
<u>Carte 2.</u> Taux de suicide standardisé sur l'âge chez la femme dans le monde.....	16
<u>Carte 3.</u> Taux de décès par suicide en France métropolitaine en 2011-2013.....	20
<u>Carte 4.</u> Niveaux géographiques infra-régionaux en Normandie.....	21
<u>Carte 5.</u> Différentiel* de mortalité par suicide en Normandie en regard de la France hexagonale en 2006-2013 selon l'âge et le sexe.....	23
<u>Carte 6.</u> Différentiel de mortalité* par suicide en Normandie en regard de la France hexagonale en 2006-2013 selon le sexe et l'âge.....	24
<u>Carte 7.</u> Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en 2014 en France entière.....	31
<u>Carte 8.</u> Déploiement du dispositif Vigilans en 2019 en France entière.....	48
<u>Carte 9.</u> Centres hospitaliers référents des quatre territoires de santé Haut Normands.....	53

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1.</u> Etapes de l'envahissement progressif d'un sujet par les idées suicidaires.....	13
<u>Figure 2.</u> Prise en charge des tentatives de suicide en France.....	29
<u>Figure 3.</u> Modèle « Stress-Vulnérabilité ».....	40
<u>Figure 4.</u> Interventions pertinentes associées aux principaux facteurs de risque suicidaire.	41
<u>Figure 5.</u> Différentes étapes de la mise en place du dispositif Vigilans en Haute-Normandie.....	52

LISTE DES GRAPHIQUES

<u>Graphique 1.</u> Développement psychopathologique d'une crise suicidaire.....	11
<u>Graphique 2.</u> Taux de décès par suicide en 2015 pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge, dans l'Union Européenne.....	16
<u>Graphique 3.</u> Taux de décès par suicide en 2013 pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge, dans l'Union Européenne.....	17
<u>Graphique 4.</u> Répartition des décès par suicide selon l'âge et le sexe en 2015 en France entière.....	18
<u>Graphique 5.</u> Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge, selon le sexe, de 1990 à 2013 en France métropolitaine.....	19
<u>Graphique 6.</u> Part des décès par suicide en 2006-2013 selon l'âge et le sexe en pourcentage en Normandie.....	22
<u>Graphique 7.</u> Mortalité * par suicide en 2006-2013 selon le sexe et l'âge en Normandie..	22
<u>Graphique 8.</u> Mortalité* par suicide en 2006-2013 selon le sexe en Normandie.....	24
<u>Graphique 9.</u> Répartition des modes de suicide en Normandie 2006-2013 selon le sexe en pourcentage.....	25
<u>Graphique 10.</u> Répartition des décès par suicide en Haute Normandie selon l'âge et le sexe en 2015.....	26
<u>Graphique 11.</u> Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge en France entière en 2014.....	30
<u>Graphique 12.</u> Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe en France entière entre 2008 et 2014.....	30
<u>Graphique 13.</u> Prévalences déclarées des pensées suicidaires (12 mois) selon le sexe chez les 15-75 ans, en France métropolitaine, en 2014.....	34
<u>Graphique 14.</u> Prévalences déclarées des tentatives de suicide (12 mois) selon le sexe chez les 15-75 ans, en France métropolitaine, en 2014.....	35

<u>Graphique 15.</u> Répartition des suicides en fonction du sexe.....	78
<u>Graphique 16.</u> Répartition des suicides en fonction de l'âge.....	78
<u>Graphique 17.</u> Répartition des sujets décédés par suicide en fonction du territoire de santé correspondant à leur lieu de résidence.....	78
<u>Graphique 18.</u> Répartition des sujets décédés par suicide en fonction de leur situation familiale.....	79
<u>Graphique 19.</u> Répartition des sujets décédés par suicide en fonction de leur situation socio-économique.....	79
<u>Graphique 20.</u> Antécédents médicaux des sujets décédés par suicide.....	80
<u>Graphique 21.</u> Suivi et traitement de fond chez les sujets décédés par suicide.....	81
<u>Graphique 22.</u> Modes de suicide utilisés par les sujets lors de leur suicide, lors de la tentative de suicide initiale et lors des récurrences suicidaires.....	82
<u>Graphique 23.</u> Facteurs favorisant la survenue du suicide chez les sujets inclus dans l'étude.....	83

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1.</u> Développement psychopathologique d'une crise suicidaire.....	12
<u>Tableau 2.</u> Taux de suicide standardisé sur l'âge en 2015 dans les principales zones géographiques du monde.....	15
<u>Tableau 3.</u> Mortalité par suicide et taux bruts en Haute Normandie selon le département de résidence et en France entière en 2015.....	26-27
<u>Tableau 4.</u> Résultats de l'enquête ESEMED de 2014.....	32
<u>Tableau 5.</u> Indicateurs utilisés dans les enquêtes Baromètre santé de 2010 et 2014.....	33
<u>Tableau 6.</u> Facteurs de risque associés aux comportements suicidaires.....	36
<u>Tableau 7.</u> Classification de l'HAS (anciennement dénommée ANAES) du risque suicidaire.....	38
<u>Tableau 8.</u> Classification de l'OMS du risque suicidaire.....	39
<u>Tableau 9.</u> Evaluation de l'urgence suicidaire.....	45
<u>Tableau 10.</u> Principes du système de veille et déroulement dans les SU et sur la « plateforme veille ».....	50
<u>Tableau 11.</u> Données recueillies par l'équipe du dispositif Vigilans concernant les sujets inclus dans l'étude.....	84-87

INTRODUCTION

Le suicide et les tentatives de suicide représentent un problème majeur de santé publique en France et dans le reste du monde. (1) Ubiquitaire, pouvant toucher toutes les tranches d'âges et toutes les classes socio-professionnelles, associés la plupart du temps à des comorbidités psychiatriques et addictologiques, ils peuvent cependant être imprévisibles et sont souvent méconnus par l'entourage familial et les professionnels de santé qui assurent le suivi de l'individu. Leur caractéristique principale réside dans leur aspect évitable et donc leur accessibilité aux mesures de prévention et aux offres de soins et de santé. (1) (2)

Ainsi la prévention du suicide et des tentatives de suicide ainsi que la prévention et la prise en charge de la crise suicidaire font partis des mesures prioritaires de santé publique au niveau mondial et national. (1)

En France, malgré les différents plans d'actions mis en place pour lutter contre le suicide, les individus qui présentent une souffrance psychique avec des idées suicidaires ou des antécédents de tentatives de suicide sont souvent confrontés à une faible offre de soins et de santé qui se traduit par des délais long pour obtenir des rendez-vous de consultation en psychiatrie dans le secteur publique et privé, des effectifs médicaux limités et des disparités régionales et départementales en fonction de leur lieu d'habitation. Par conséquent, ces individus ont souvent un faible accès voire une absence totale d'accès aux soins psychiatriques y compris au cours une crise suicidaire et après une tentative de suicide. (1)

Dans le cadre de la prévention du suicide et des récives suicidaires, un dispositif innovant est actuellement déployé depuis 2015, initialement dans le département du Nord Pas de Calais puis progressivement dans plusieurs régions de France dont la Normandie : Le dispositif Vigilans. (3)

Il s'agit d'un dispositif de veille qui permet d'établir des contacts téléphoniques et par carte postale avec des individus ayant effectué une tentative de suicide dès leur sortie du service des urgences (SU) ou d'un service d'hospitalisation pendant une période de 6 mois dans l'objectif de diminuer le nombre de suicide et de récives suicidaires à long terme. (3)

L'étude présentée dans ce travail de thèse est basée sur un modèle d'autopsie psychologique et a pour objectif d'étudier les modalités du dispositif Vigilans déployé dans les départements de la Seine maritime et de l'Eure afin d'identifier les facteurs ayant

favorisé la survenue de suicides chez des individus inclus dans le dispositif suite à une tentative de suicide initiale et de proposer des recommandations et des pistes de réflexion afin d'améliorer ce dispositif.

LE SUICIDE

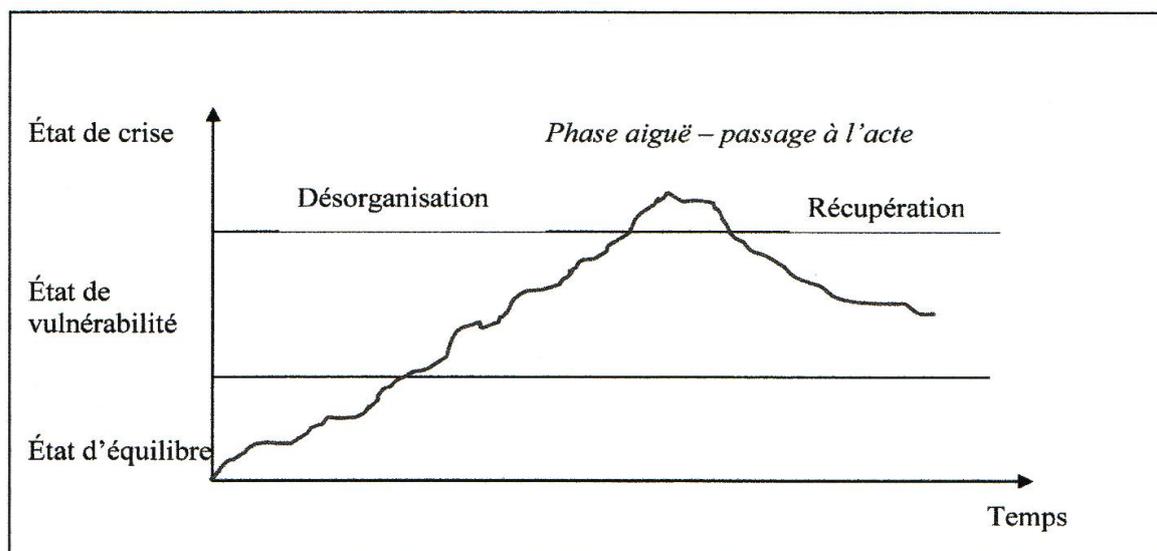
1. Définitions

1.1. La crise suicidaire

La crise suicidaire est une crise psychique qui se caractérise par une rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec lui-même ou avec son environnement. Il s'agit d'un état temporaire et réversible, d'une durée moyenne de six à huit semaines, et dont le risque majeur est le suicide. (2)

Le terme crise suicidaire est un terme récent qui permet de distinguer le suicide comme une entité nosologique à part entière et non plus comme une composante constitutive spécifique de la maladie mentale ou la complication d'un trouble psychiatrique. (2)

Sur le plan psychopathologique, le développement critique d'une crise suicidaire suit un processus composé de 3 phases successives : Un état d'équilibre, un état de vulnérabilité et un état de crise caractérisé par une période de déséquilibre intense. (2) (Graphique 1)



Graphique 1. Développement psychopathologique d'une crise suicidaire. Source : (Lafleur C., Séguin M. 2008) (4)

Les caractéristiques de ces différents états sont détaillées dans le tableau 1.

Evènements de vie difficiles		
Etat d'équilibre	Etat de vulnérabilité	Etat de crise
<ul style="list-style-type: none"> - Répétition des comportements - Mécanismes adaptatifs et Stratégies 	<ul style="list-style-type: none"> - Epuisement des stratégies et des mécanismes adaptatifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Répétition de facteurs de stress externes - Stress interne - Insuffisance des moyens de défense - Rupture critique - Situation de souffrance - Idéations suicidaires - Risque de passage à l'acte

Tableau 1. Développement psychopathologique d'une crise suicidaire. Source : Recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) 2000 (2)

Le risque majeur de la sortie de crise est le suicide mais les alternatives de résolution de la crise sont variées et propres à chacun ; la crise peut évoluer favorablement si elle est repérée et prise en charge précocement. Les autres manifestations possibles sont la fugue, l'agressivité, l'abus d'alcool et de toxiques et toute autre conduite de rupture permettant d'éliminer la souffrance causée par cette situation difficile. (5)

Certains auteurs ont démontré que l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui-même et un événement éprouvant, afin d'en diminuer l'impact sur son bien-être, contribue à réduire le sentiment de désespoir et l'idéation suicidaire, il s'agit du "*coping*". (6)

J. Vandevoorde a pu identifier les différentes étapes de l'envahissement progressif d'un sujet par les idées suicidaires. (7) (Figure 1) :

- La recherche active de solutions et de stratégies pour enrayer la crise.
- L'apparition de flashes et d'idées suicidaires.
- La rumination des idées suicidaires.
- La cristallisation et la planification d'un scénario.
- L'élément déclencheur et la prise de décision : le passage à l'acte suicidaire.

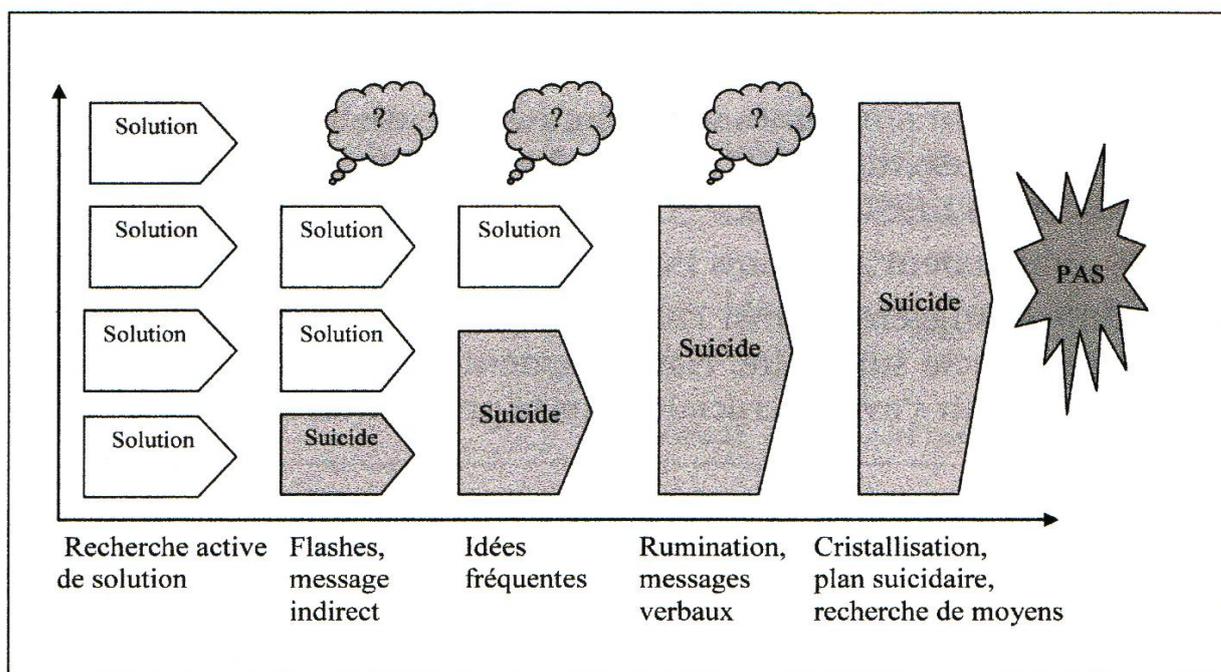


Figure 1. Etapes de l'envahissement progressif d'un sujet par les idées suicidaires. Source : (Lafleur C., Séguin M. 2008) (4)

Sur le plan sémiologique, Christian Lafleur et Monique Seguin attribuent quatre caractéristiques majeures à la période de crise suicidaire (4) :

- La douleur psychique dépasse les ressources adaptatives ;
- Les événements deviennent insurmontables par les méthodes habituelles de résolution des problèmes ;
- Le sujet vit une période de désorganisation et d'inconfort ;
- Le sujet rompt avec ses attachements de base (image de soi, famille, culture, religion, croyance).

Sur le plan diagnostique, la triade symptomatique suivante permet de repérer la crise suicidaire: (2)

- Un contexte de vulnérabilité : symptomatologie dépressive, impulsivité, affections psychiatriques sous-jacentes, troubles de personnalité et addictions;
- La manifestation d'un état de crise : asthénie, anxiété, tristesse, irritabilité, agressivité, trouble du sommeil, anhédonie, sentiment de désintérêt diffus, dévalorisation, impuissance

à trouver des solutions à ses propres problèmes;

- L'expression et la verbalisation d'idées et d'intentions suicidaires directes ou indirectes.

Cependant, la crise suicidaire reste difficile à identifier par le corps médical et l'entourage, beaucoup de sujets qui font une tentative de suicide consultent un médecin et parfois un psychiatre dans les jours qui précèdent leur tentative de suicide sans que le diagnostic soit porté. L'identifier permet de créer un espace de prévention et d'intervention. (2)

1.2. Le comportement suicidaire

Il s'agit d'un ensemble de comportements allant des idées suicidaires à la planification du suicide, la tentative de suicide et le suicide. (8)

1.3. Le suicide

Selon le sociologue Emile Durkheim, le suicide équivaut à « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ». (9)

Selon la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS), le suicide correspond à l'acte de se donner délibérément la mort. Par conséquent, il s'agit d'un acte intentionnel. (8)

1.4. La tentative de suicide

La tentative de suicide correspond à tout comportement suicidaire non mortel et à tout acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agression avec intention de mourir ou pas. (8)

L'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence du sujet. (8)

Tout sujet qui réalise une tentative de suicide est qualifié de suicidant. (8)

1.5. Les idées suicidaires

80 % des sujets qui font une tentative de suicide ou qui se suicident expriment des idées suicidaires dans les mois qui précèdent. (2)

La sévérité de l'idéation suicidaire varie selon l'intentionnalité suicidaire et sa programmation. (8)

1.6. Le comportement à risque

Il s'agit d'un comportement conscient augmentant ou mettant en jeu le pronostic vital sans stratégie suicidaire prédéfinie. (2)

2. Epidémiologie

2.1. Le suicide

2.1.1. Au niveau mondial

D'après les données de l'OMS, environ 800 000 personnes se suicident dans le monde chaque année, ce qui représente un suicide toutes les 40 secondes. Il s'agit de la 2ème cause de mortalité chez les 15-29 ans. 75% des suicides ont lieu dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires ; en effet ces pays concentrent la plus grande partie de la population mondiale. (10)

Les estimations sanitaires mondiales ou *Global Health Estimates* de l'OMS se fondent sur la base de données sur la mortalité de l'OMS ainsi que sur le registre mondial d'état civil et des causes de décès créé à partir de données fournies à l'OMS par les États membres. (10)

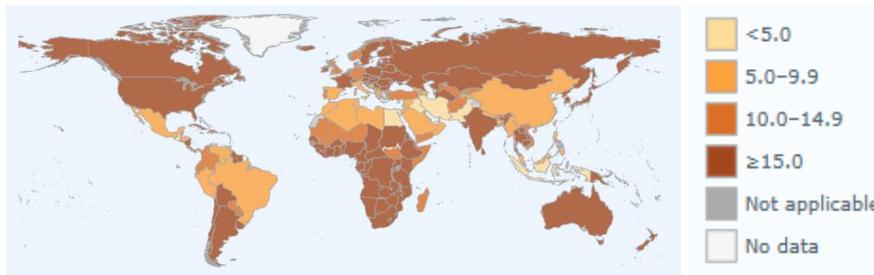
Le tableau 2 représente le taux de suicide standardisé sur l'âge en 2015 dans les principales zones géographiques du monde. L'Europe, l'Asie du sud-est et l'Afrique ont un taux supérieur au taux mondial qui est de 10.67. (10)

Zone géographique	Taux de suicide standardisé sur l'âge (sur 100 000 habitants) en 2015
Africa	12.84
Americas	9.09
South East Asia	13.27
Europe	11.93
- France	12.3
Eastern Mediterranean	4.34
Western Pacific	9.11
Global	10.67

Tableau 2. Taux de suicide standardisé sur l'âge en 2015 dans les principales zones géographiques du monde.

Source : OMS (10)

Les cartes 1 et 2 représentent le taux de suicide standardisé sur l'âge (pour 100 000 habitants) respectivement chez l'homme et chez la femme dans les différents pays du monde. (10)



Carte 1. Taux de suicide standardisé sur l'âge chez l'homme. Source: OMS. (10)

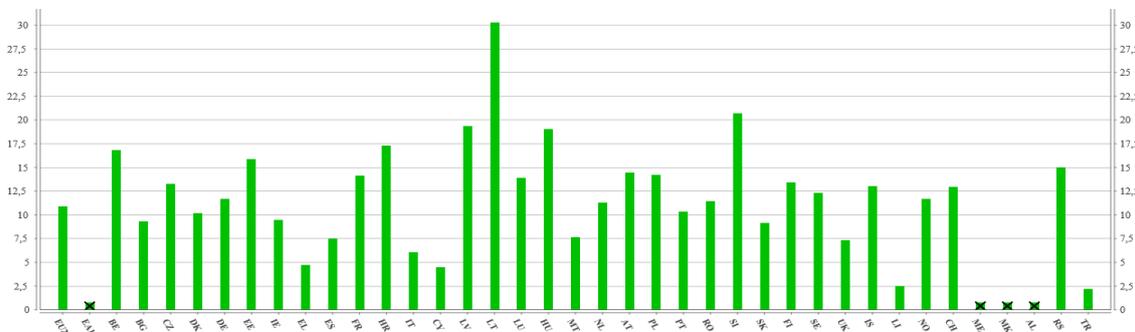


Carte 2. Taux de suicide standardisé sur l'âge chez la femme. Source: OMS. (10)

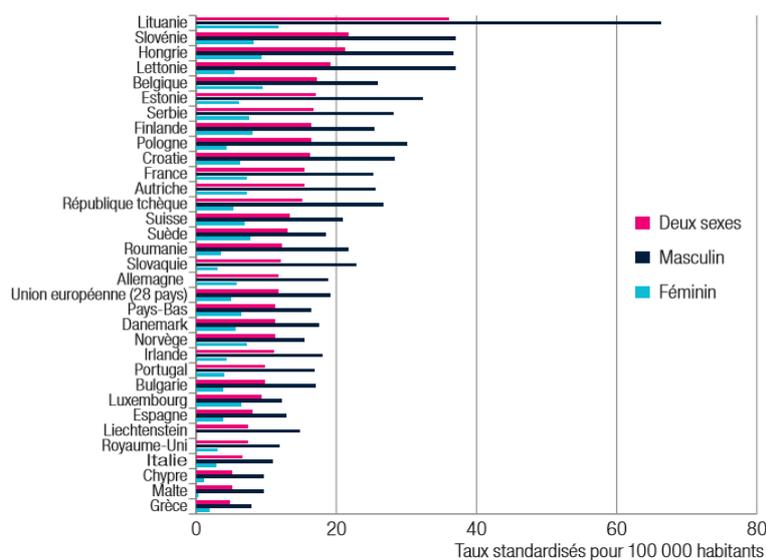
2.1.2. Au niveau de l'Union Européenne

Pour l'ensemble des 28 pays de l'Union Européenne, le taux de décès par suicide s'élevait à 11,7 pour 100 000 habitants en 2013 et 10,91 pour 100 000 habitants en 2015. La France se situe actuellement parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide. La Lituanie avait le taux de décès par suicide le plus élevé parmi les pays de l'Union Européenne en 2015 (graphique 2). Cependant, les comparaisons internationales doivent être interprétées avec prudence, du fait des différences en termes de qualité et d'exhaustivité des données.

(11)



Graphique 2. Taux de décès par suicide en 2015 pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge, dans l'Union Européenne. Source Eurostat. (12)



Graphique 3. Taux de décès par suicide en 2013 pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge, dans l'Union Européenne. Source Eurostat. (12)

2.1.3. En France

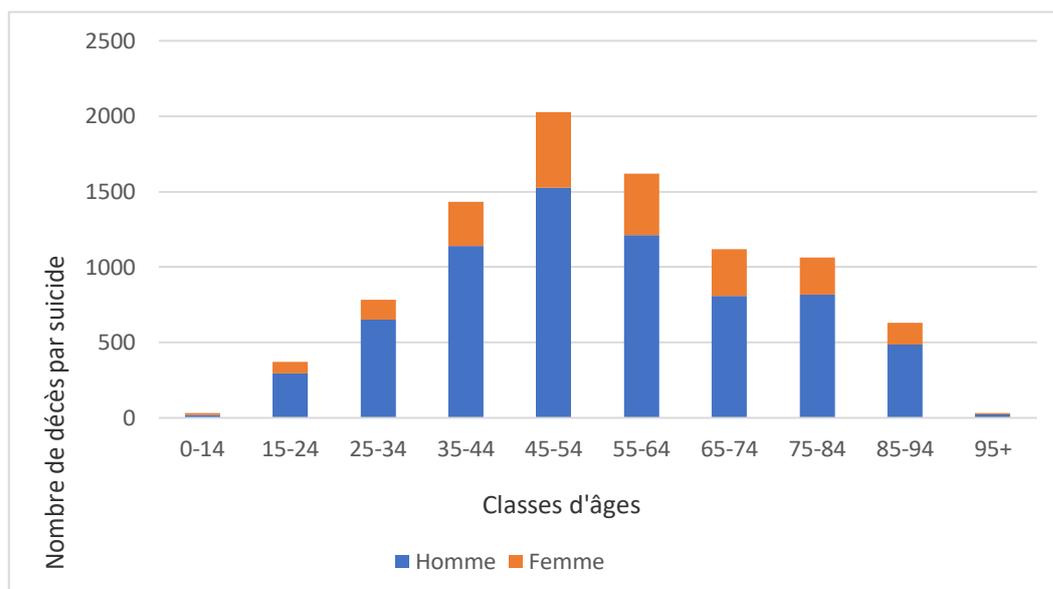
2.1.3.1. Le recueil de données

Les statistiques de décès par suicide sont issues des certificats de décès dont la base de données est gérée par Centre d'Epidémiologie Des Causes Médicales de Décès (Cépi-Dc) de l'Institut national de la santé et de recherche médicale (Inserm). Toutefois, une sous-évaluation est estimée à 10 à 20% pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée au Cépi-Dc Inserm. (11) (Annexe 1)

2.1.3.2. Les données en France entière et France métropolitaine

En 2015, 9109 décès par suicide ont été enregistrés en France Entière et 8948 en France métropolitaine. (11) (13). Le taux brut de décès par suicide pour 100 000 habitants était de 13.7 en 2015. (11)

Le graphique 4 montre la répartition des décès par suicide en France entière selon l'âge et le sexe en 2015. C'est dans la classe d'âge des 45-54 ans et 55-64 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important. (14)

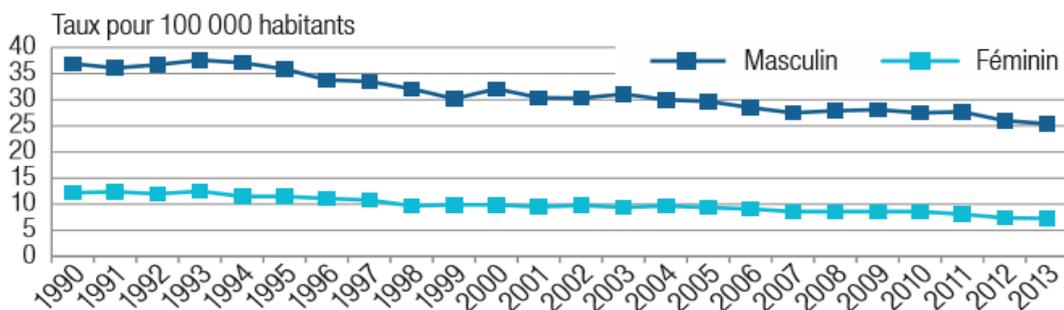


Graphique 4. Répartition des décès par suicide selon l'âge et le sexe en 2015 en France entière. Source Cépi-DC Inserm. (14)

Le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 6974 et 2135 en 2015), de même que les taux bruts de décès par suicide (respectivement 21.7 et 6.2 pour 100 000 habitants en 2015) soit un taux plus de trois fois supérieur chez les hommes. (11) (14) (Annexe 2 et 3)

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge. En 2015, il s'élevait à 4.7 pour 100 000 habitants âgés de 15 à 24 ans et à 25.9 pour 100 000 habitants âgés de 75 ans à 84 ans. En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale représente 14.41 % du total des décès chez les 15-24 ans et moins de 0,5 % du total des décès chez les personnes âgées de 75 ans et plus. (11) (14) (Annexe 2 et 3)

Entre 2000 et 2013, les taux de décès par suicide ont diminué de 22 % (graphique 5). La diminution est plus importante chez les sujets âgés (- 32 % chez les 75 ans et plus) et les plus jeunes (- 29 % chez les 15-24 ans). En revanche, une augmentation chez les hommes de 45 à 64 ans (+ 4,3 % chez les 45-54 ans et + 3,9 % chez les 55-64 ans entre 2000 et 2013) a été constatée. (11)



Graphique 5. Taux de décès par suicide pour 100 000 habitants, standardisés sur l'âge, selon le sexe, de 1990 à 2013 en France métropolitaine. Source : Cépi-Dc Inserm (14)

2.1.3.3. Les modes de suicide

Les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (56 % en 2013), l'arme à feu (14 % en 2013) et la prise de médicaments et autres substances (11 % en 2013). Ces modes diffèrent selon le sexe. Pour les hommes, en 2013, la pendaison est à l'origine de 60 % des suicides et l'utilisation d'une arme à feu de 18 % des suicides. Pour les femmes, la pendaison (43 % en 2013), l'ingestion de médicaments et autres substances (24 % en 2013) et le saut d'un lieu élevé (12 % en 2013) sont les modes les plus utilisés. (11)

2.1.3.4. Les disparités selon la catégorie socio-professionnelle

Selon l'observatoire national du suicide (ONS), les agriculteurs exploitants ont un risque relatif de mortalité par suicide 3,1 fois plus élevé que les cadres chez les hommes et 2,2 fois chez les femmes. Chez les salariés, quel que soit le sexe, on observe un gradient social de mortalité par suicide, les moins touchés étant les cadres et les plus concernés étant les ouvriers. Concernant les secteurs d'activité, on observe chez les hommes une surmortalité relative significative dans les secteurs de l'agriculture, sylviculture et pêche, des industries agricoles et alimentaires et des industries des biens intermédiaires. Chez les femmes, le secteur de l'industrie et des biens d'équipement présente une surmortalité significative, le secteur de l'agriculture, sylviculture et pêche arrivant en deuxième position. (15) (16) (17) (18)

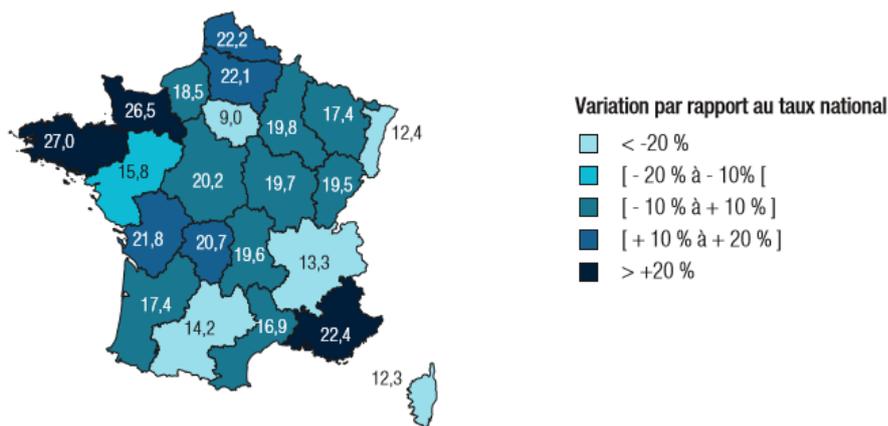
Concernant les modes de suicide, il existe des différences selon les groupes socioprofessionnels chez les femmes. Les cadres, professions intermédiaires, employées et ouvrières se suicident davantage par ingestion de substances solides ou liquides (41,7 ; 38,3 ; 33,8 et 41,9 % respectivement, en 2014), tandis que la pendaison est plus fréquente chez les exploitantes agricoles et les artisanes-commerçantes (59,4 et 53,8 %

respectivement, en 2014). Les hommes ont globalement recours à des moyens violents dans tous les groupes socioprofessionnels ; la pendaison est le mode de suicide le plus répandu chez les exploitants agricoles (56,0 % en 2014), artisans commerçants (42,3 % en 2014), cadres (30,8 % en 2014), professions intermédiaires (35,1 % en 2014) et ouvriers (48,5 % en 2014). Chez les employés, les armes à feu sont le mode de suicide le plus fréquent (32,3 % en 2014), la pendaison arrivant en deuxième position (29,7 % en 2014). (15) (17)

2.1.3.5. Les disparités régionales

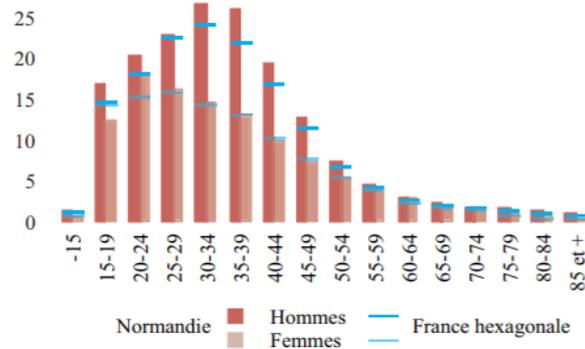
Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions. En Bretagne, sur la période 2011-2013, les taux de décès par suicide dépassaient de 45 % le taux moyen de la France métropolitaine (carte 3). Les autres régions qui présentaient un taux de décès par suicide élevés sont la Basse-Normandie (+ 43 % en 2011-2013), la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, le Nord - Pas-de-Calais, la Picardie et le Poitou-Charentes (> + 15 % en 2011-2013).

A l'inverse, les régions Corse, Alsace, Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées enregistraient les plus bas taux de décès par suicide (< - 20 % par rapport au taux moyen de la France métropolitaine en 2011- 2013). Entre 2000-2002 et 2011-2013, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer dans la plupart des régions. A noter que le taux moyen national de décès par suicide en 2011-2013 était de 18,6. (11)



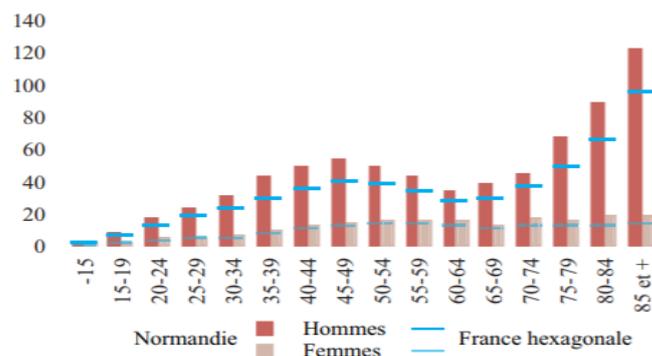
Carte 3. Taux de décès par suicide en France métropolitaine en 2011-2013. Sources : Certificats de décès (Cépi-Dc Inserm) ; Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (PMSI-MCO) - Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH); exploitation Santé publique France. Variation régionale = (Taux régional – Taux moyen national) / Taux moyen national. (11)

suicide représente la première cause de décès devant les cancers et les pathologies cardiovasculaires chez les hommes âgés entre 25 et 49 ans et les femmes âgées entre 25 et 34 ans. (19)



Graphique 6. Part des décès par suicide en 2006-2013 selon l'âge et le sexe en pourcentage en Normandie. Source : Cépi-Dc Inserm – Exploitation OR2S.

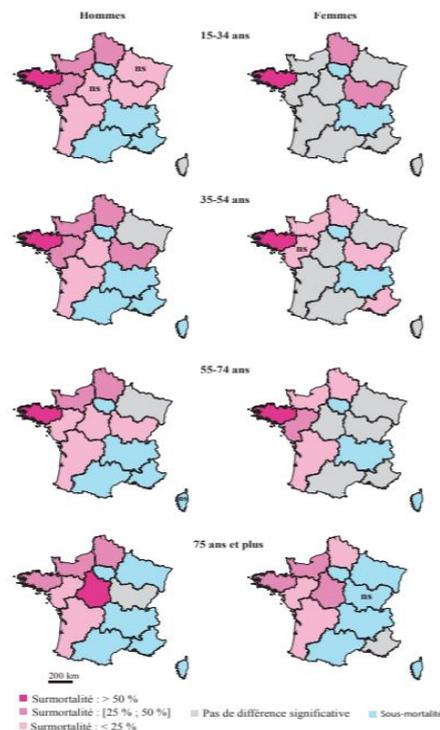
Quel que soit le groupe d'âge, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. En Normandie, ce différentiel augmente jusqu'au groupe des 30-34 ans : le taux de suicide chez les hommes est alors cinq fois plus élevé que celui des femmes. Dans l'Hexagone, le différentiel atteint son premier maxima pour les 25-29 ans, avec un taux de suicide quatre fois plus élevé chez les premiers par rapport aux secondes. (Graphique 7)



Graphique 7. Mortalité * par suicide en 2006-2013 selon le sexe et l'âge en Normandie. * Taux bruts pour 100 000 hommes et femmes. Source : Cépi-Dc Inserm – Exploitation OR2S.

En 2013-2015, tous genres confondus, la Normandie présente le troisième taux standardisé de mortalité par suicide le plus important des régions de France hexagonale : 18.4 pour 100 000 habitants contre 13.8 au niveau national, soit un surplus de mortalité de 31 %. Ce résultat global masque cependant des disparités selon sexe et l'âge. Ainsi, la surmortalité

féminine en Normandie est de 19 % par rapport à la France hexagonale et celle observé chez les hommes est de 35 %. Cette surmortalité est également retrouvée pour chaque groupe d'âge quel que soit le sexe, à l'exception des 15-34 ans chez les femmes. Chez les hommes, elle varie de 26 % chez les 55-74 ans à 36 % chez les 35-54 ans. Chez les femmes, elle augmente avec l'âge passant de 12 % chez les 35-54 ans à 21 % chez les 55-74 ans et à 39 % chez les 75 ans et plus. (19) (Carte 5)

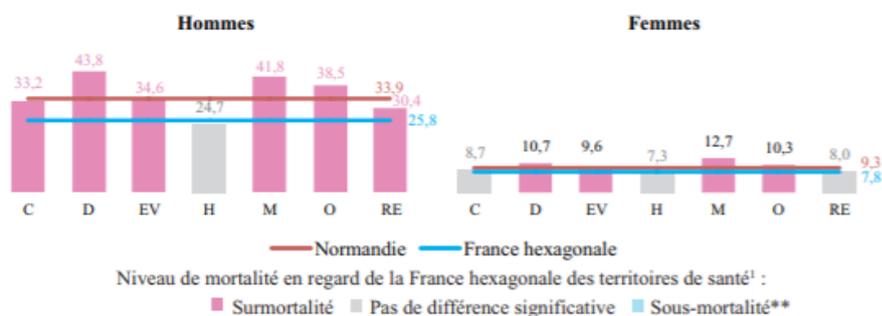


Carte 5. Différentiel* de mortalité par suicide en Normandie en regard de la France hexagonale en 2006-2013 selon l'âge et le sexe. * Différentiel calculé à partir des taux standardisés selon l'âge. . Source : Cépi-DC Inserm – Exploitation OR2S.

Si la Normandie présente globalement une surmortalité par suicide de l'ordre de 31 % par rapport à la France hexagonale, il existe de forts contrastes territoriaux concernant la mortalité par suicide chez les hommes et les femmes. (19)

Le territoire de santé du Havre se démarque avec une mortalité qui ne diffère pas de celle de l'Hexagone. Les six autres territoires de santé normands enregistrent, quant à eux, une surmortalité par rapport à l'Hexagone variant de 13 % (Rouen-Elbeuf) à 64 % (Manche). Ces mêmes territoires de santé présentent également une surmortalité masculine, plus marquée pour les territoires de santé de Dieppe, de la Manche et de l'Orne (respectivement 70 %, 62 % et 49 %) et une surmortalité par rapport à la Normandie, quel que soit le genre,

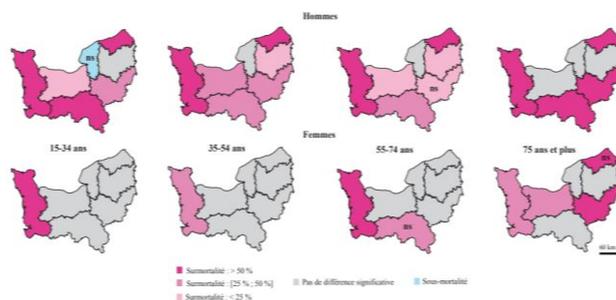
plus marquée pour les territoires de santé de Dieppe, de la Manche et de l'Orne (respectivement 29%, 23% et 14%). (19) (Graphique 8)



Graphique 8. Mortalité* par suicide en 2006-2013 selon le sexe en Normandie. *Taux standardisés en fonction de l'âge pour 100 000 hommes ou femmes. Source : Cépi-Dc Inserm – Exploitation OR2S.

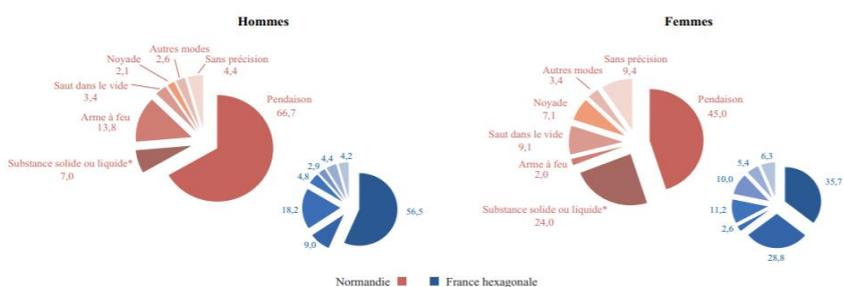
Sur la période 2006-2013, quel que soit le sexe et le groupe d'âge, la Manche est le seul département à présenter une surmortalité par suicide en regard de la France hexagonale. Hormis chez les femmes de 75 ans et plus, il est aussi le seul à enregistrer des surmortalités masculine et féminine par rapport au niveau régional quel que soit le groupe d'âge. Cette surmortalité est maximale chez les hommes et les femmes de 15-34 ans avec respectivement un surplus de 55 % et 68 % par rapport à la région. (19) (Carte 6)

Quel que soit l'âge, la mortalité masculine par suicide du territoire de santé de Dieppe est plus importante que celle de la France hexagonale. C'est la mortalité par suicide la plus importante des territoires de santé de la région pour les hommes de 35-54 ans (62,4 pour 100 000 contre 35,8 pour l'Hexagone) et de 55-74 ans (55,1 contre 31,9 pour l'Hexagone). Par rapport à la Normandie, ce territoire de santé présente une surmortalité par suicide chez les hommes pour ces deux groupes d'âge de respectivement 28 % et 37 %. (19) (Carte 6)



Carte 6. Différentiel de mortalité* par suicide en Normandie en regard de la France hexagonale en 2006-2013 selon le sexe et l'âge. *Différentiel calculé à partir des taux standardisés selon l'âge. Source : Cépi-Dc Inserm – Exploitation OR2S.

En Normandie plus qu'en France hexagonale sur la période 2006-2013, la pendaison est le mode de suicide le plus fréquent (61,4 % des décès par suicide contre 51,1 % dans l'hexagone), notamment chez les hommes. Les autres modes de suicide les plus fréquents sont l'utilisation d'une arme à feu et l'ingestion d'une substance solide ou liquide chez les hommes, la prise d'une substance solide ou liquide notamment des médicaments, le saut dans le vide et la noyade chez les femmes. (19) (Graphique 9)



Graphique 9. Répartition des modes de suicide en Normandie 2006-2013 selon le sexe en pourcentage. * Prise de médicaments. . Source : Cépi-Dc Inserm – Exploitation OR2S.

2.1.5. Au niveau des départements de la Seine Maritime et de l'Eure

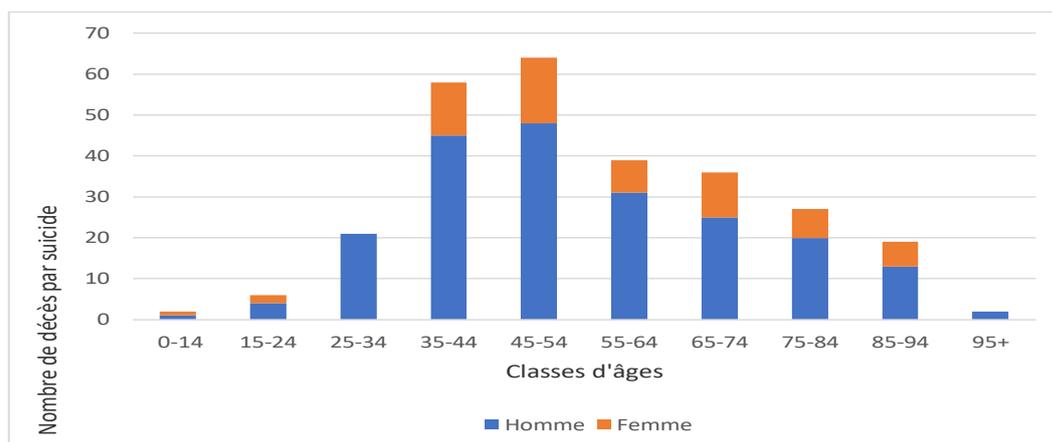
Le département de l'Eure (27) et le département de la Seine Maritime (76) se structurent en quatre territoires de santé : (19)

- Le territoire de santé Rouen/Elbeuf
- Le territoire de santé de Dieppe
- Le territoire de santé du Havre
- Le territoire de santé Evreux/Vernon

Chaque territoire est également structuré en pays représentant des infra-territoires (par exemple le pays de Caux-Vallée de Seine, le pays de Bray). (19)

En 2015, 274 décès par suicide de personnes résidant dans le département de la Seine Maritime et de l'Eure ont été rapportés au Cépi-Dc. Ces décès concernent 210 hommes et 64 femmes soit un sex ratio d'environ 3 identique au sex ratio national. (14) (Annexe 4 et 5)

Le graphique 10 montre la répartition des décès par suicide dans ces deux départements confondus selon l'âge et le sexe en 2015. C'est dans la classe d'âge des 35-44 ans et 45-54 ans que le nombre de décès par suicide est le plus important. (14)



Graphique 10. Répartition des décès par suicide en Haute Normandie selon l'âge et le sexe en 2015. Source : Cépi-Dc Inserm. (14)

Le tableau 3 représente le nombre de décès par suicide selon le département de résidence en 2015, le nombre de décès par suicide en France entière en 2015 ainsi que les taux bruts de mortalité par suicide pour 100 000 habitants en 2015 dans l'Eure, en Seine Maritime et en France entière. Le taux brut de mortalité par suicide en Seine Maritime et dans l'Eure est de 14.8 pour 100 000 habitants en 2015 (23.4 pour 100 000 hommes et 6.7 pour 100 000 femmes), il est supérieur à celui observé dans l'ensemble du territoire français, chez les hommes comme chez les femmes. (14)

	Hommes	Femmes	Total
Ex- Haute Normandie			
Nombre de décès par suicide	210	64	274
Taux bruts pour 100 000 habitants	23.4	6.7	14.8
Eure			
Nombre de décès par suicide	75	19	94
Taux bruts pour 100 000 habitants	25.6	6.2	15.7

	Hommes	Femmes	Total
Seine Maritime			
Nombre de décès par suicide	135	45	180
Taux bruts pour 100 000 habitants	22.3	6.9	14.3
France entière			
Nombre de décès par suicide	6974	2135	9109
Taux bruts pour 100 000 habitants	21.7	6.2	13.7

Tableau 3. Mortalité par suicide et taux bruts en Haute Normandie selon le département de résidence et en France entière en 2015. Source : Cépi-Dc Inserm. (14)

2.2. Les tentatives de suicide

2.2.1. Généralités

Les tentatives de suicide représentent le facteur prédictif majeur des récurrences et des décès par suicide dans la population générale (8) (11). Un antécédent de tentative de suicide multiplie par 40 le risque de suicide et 30 à 60 % des suicidés ont un antécédent de tentative de suicide. (20)

Dans les suites d'un geste suicidaire, les récurrences sont fréquentes et précoces : Environ 16% des sujets vont récidiver dans les mois qui suivent le geste suicidaire et 75% vont récidiver un an après. (20)

Les méthodes suicidaires les plus utilisées sont l'intoxication médicamenteuse (82%), l'intoxication par d'autres produits (8%), la phlébotomie (5%), l'ingestion de drogues (1,9%) et la pendaison (1,7%). (21)

Dans 59% des cas, un diagnostic psychiatrique figure dans le dossier médical. Un trouble dépressif est associé à la tentative de suicide dans 35% des cas et un trouble de l'usage d'alcool est présent dans 21% des cas. (21)

2.2.2. Le recueil de données

Les sources d'information concernant les taux de tentatives de suicide sont issues des données hospitalières et des données déclaratives d'enquêtes en population. (8) (15)

Combinées aux données sur les décès par suicide, les données relatives aux taux et méthodes de tentatives de suicide peuvent servir à estimer le taux de létalité des comportements suicidaires (c'est-à-dire le pourcentage de tous les actes suicidaires qui se soldent par un décès) par sexe, âge et méthode. Ces informations sont utiles pour identifier les groupes à haut risque au sein de la communauté sur lesquels devraient porter des interventions psychosociales ciblées, d'une part, et les méthodes à haut risque qui devraient être visées par les interventions portant sur la limitation des moyens, d'autre part. (8) (15)

2.2.2.1. Les données hospitalières

Elles sont issues des données relatives à la prise en charge des tentatives de suicide au niveau des SU, des services hospitaliers, des services de consultation externes des hôpitaux et d'autres établissements de santé (programme médicalisé des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou PMSI-MCO). Contrairement à l'enregistrement des décès, il n'existe pas de consensus international permettant de standardiser la collecte des données relatives aux tentatives de suicide. Par conséquent, certains aspects méthodologiques doivent être respectés pour obtenir une estimation fiable des taux de tentatives de suicide prises en charge à l'hôpital (hôpitaux représentatifs de tous les hôpitaux de la région, procédure d'enregistrement des données). (11) (15)

Elles permettent de calculer un taux de létalité global des conduites suicidaires quand elles sont représentatives sur le plan national et un taux de létalité hospitalière. (11) (15)

Seul un certain nombre de tentatives de suicide entraînant des dommages physiques éventuels nécessitent un traitement médical. Par conséquent, les estimations de la létalité basées sur les tentatives de suicide médicalement traitées seront nécessairement plus élevées que celles basées sur les taux d'auto-déclaration des tentatives de suicide indiqués dans les enquêtes communautaires. (15)

Le taux de létalité hospitalière par méthodes spécifiques représente le nombre de décès survenus à l'hôpital selon une méthode divisé par le nombre de personnes traitées dans cet

hôpital et ayant utilisé cette méthode pour tenter de se suicider. Il permet d'identifier les méthodes suicidaires hautement létales sur lesquelles la prévention par la limitation des moyens dans la communauté et les efforts accomplis par les hôpitaux pour améliorer la prise en charge médicale des conduites autoagressives devraient se concentrer. (13)

Contrairement aux données de mortalité, les biais possibles provenant des données d'hospitalisation n'ont pas pu être estimés via des études. (11)

Selon le réseau Organisation de la Surveillance Cordonnée des Urgences (OSCOUR®) qui est un réseau de surveillance coordonné couvrant 86% des passages aux urgences en France et permettant de récolter des données concernant environ 600 services d'accueil des urgences en France, environ 162 000 passages aux urgences pour tentative de suicide ont lieu par an dont 65% aboutissent à une hospitalisation : 51% en Médecine chirurgie obstétrique et 27% en psychiatrie. (Figure 2). (11) (22)

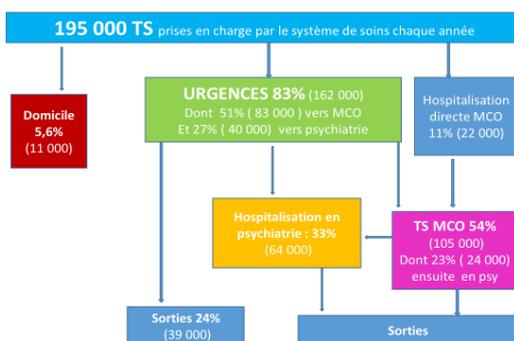
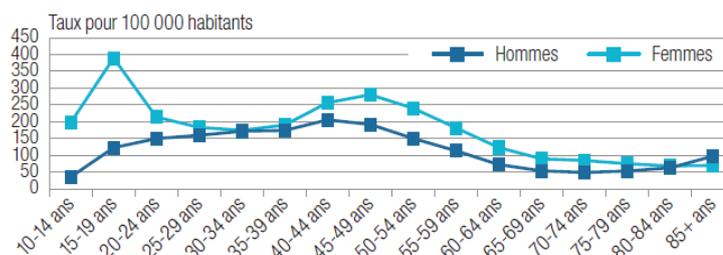


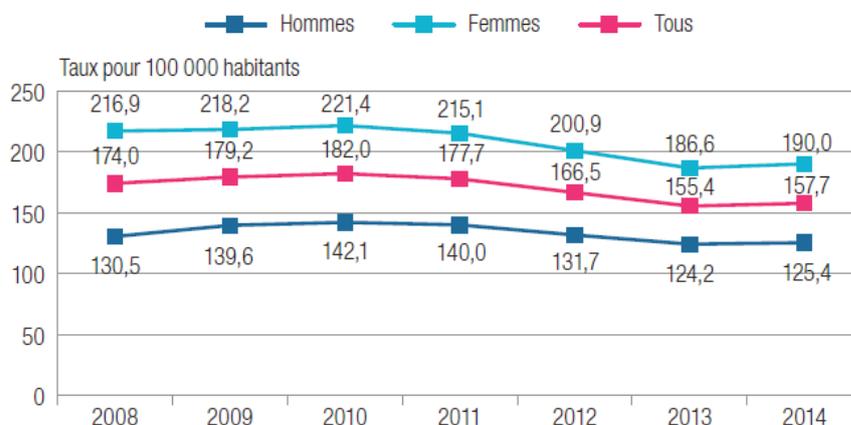
Figure 2. Prise en charge des tentatives de suicide en France. Source : OSCOUR® (11) (22)

En 2014, 91 745 séjours hospitaliers en médecine et chirurgie pour tentative de suicide ont eu lieu en France entière chez des patients âgés de 10 ans et plus, correspondant à un taux d'hospitalisation de 158 pour 100 000 habitants. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était 1,5 fois plus important chez les femmes que chez les hommes, respectivement 190 et 125 pour 100 000 habitants. Les taux variaient aussi selon la classe d'âges et atteignaient le niveau le plus élevé (389 pour 100 000) chez les adolescentes entre 15 et 19 ans (Graphique 11). (11)



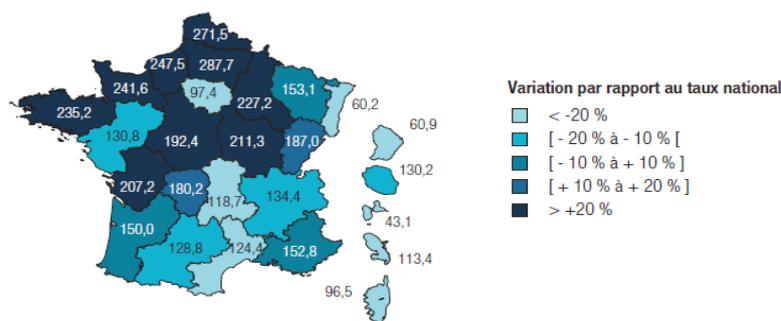
Graphique 11. Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge en France entière en 2014. * Taux pour 100 000 habitants. Source : PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France (11)

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont passés de 174 pour 100 000 habitants en 2008 à 158 pour 100 000 habitants en 2014 et la diminution est plus marquée chez les femmes que chez les hommes (Graphique 12). (11)



Graphique 12. Taux* d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe en France entière entre 2008 et 2014.* Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants standardisés selon l'âge. Source : PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France (11)

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide varient fortement en fonction des régions (carte 7). En 2014, les taux en Picardie et Nord - Pas-de-Calais dépassaient de plus de 70 % le taux national. En Bretagne et en Normandie, les taux étaient aussi très élevés (+ 50 %). À l'inverse, les taux les plus bas sont observés en Guadeloupe, Alsace et Guyane où ils sont inférieurs de 60 % au taux national. (11)



Carte 7. Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en 2014 en France entière. (11)

Taux moyen national d'hospitalisation pour tentative de suicide en 2014 = 159.

Variation régionale = (Taux régional – Taux moyen national) /Taux moyen national.

Source : PMSI-MCO (ATIH) ; exploitation Santé publique France (11)

2.2.2.2. L'auto-déclaration des comportements suicidaires

Au niveau international

Les enquêtes de l'OMS sur la santé mentale utilisent le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) ou entretien diagnostique international global de l'OMS qui comprend une série de questions standardisées sur l'occurrence des tentatives de suicide, la ou les méthodes employées et la prise en charge. (8)

Le dernier rapport de l'OMS sur la prévalence, sur 12 mois, des tentatives de suicide chez les personnes âgées de 18 ans ou plus lors d'études menées entre 2001 et 2007 se fonde sur des données provenant de 10 pays à revenu élevé (échantillon total de 52 484 personnes), six pays à revenu intermédiaire (échantillon total de 25 666 personnes) et cinq pays à revenu faible (échantillon total de 31227 personnes). Les auteurs retrouvent une prévalence annuelle mondiale estimée d'environ 4 pour 1000 adultes (soit 0.4%) ayant déclaré avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide. (8)

En Europe

L'enquête European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) qui est une enquête représentative de la population adulte âgée de 18 ans et plus menée dans six pays européens (Allemagne, Belgique, Italie, Espagne, France et Pays Bas) en 2001-2003 a montré que les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la

vie en France étaient respectivement de 12.4 et 3.4%. Comparées aux autres pays européens, les prévalences françaises étaient les plus élevées. (15) (Tableau 4)

Enquête ESEMED	Prévalence des idées suicidaires	Prévalence des tentatives de suicide
Europe	7.8%	1.3%
France	12.4%	3.37%
Belgique	8.4%	2.5%
Pays-Bas	8.2%	2.3%
Allemagne	9.8%	1.7%
Espagne	4.4%	1.5%
Italie	3%	0.5%

Tableau 4. Résultats de l'enquête ESEMED de 2014. Source : ONS premier rapport de novembre 2014. (15)

En France

L'enquête Baromètre santé de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) constitue un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance et est destinée à l'ensemble des professionnels concernés ou impliqués dans la prévention des conduites suicidaires. (23)

Il s'agit de la seule enquête qui permet de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées en population générale, de suivre leur évolution et d'approfondir l'étude des facteurs associés depuis les années 2000. (15) (16) (23) L'objectif de ces enquêtes est de mieux orienter et de prioriser les politiques de prévention du suicide. (24) (25)

Au-delà des problèmes méthodologiques classiques liés aux enquêtes communautaires tel que la représentativité de l'échantillon, il existe de nombreux facteurs confondants susceptibles d'influencer les taux d'auto déclaration des idées suicidaires et des tentatives de suicide : le niveau d'alphabétisme de la population, la formulation exacte du questionnaire, la durée du questionnaire, l'interprétation des questions, la période concernée et la mesure dans laquelle les personnes interrogées sont prêtes à faire part de ces informations (variabilité selon l'âge, le sexe, la religion et l'appartenance ethnique). Il

est donc nécessaire d'être prudent quand on compare les taux d'auto-déclaration des comportements suicidaires chez différents groupes démographiques ou culturels. Il faut également tenir compte des biais de mémoire. Par conséquent, le nombre de tentatives de suicide survenues dans l'année écoulée constitue l'unité de mesure la plus utile et la plus fiable générée par les enquêtes d'auto-déclaration. (8)

Le tableau 5 représente les principaux indicateurs étudiés dans les enquêtes Baromètres santé de 2010 et 2014 ainsi que les questions correspondantes. (24) (26)

Indicateur	Questions
Pensées suicidaires	« Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » « Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ? »
Raisons invoquées pour les pensées suicidaires	« Était-ce plutôt en rapport avec... votre situation ou vie professionnelle [posé aux actifs], votre scolarité [posé aux étudiants], votre vie personnelle [posé à tous avec plusieurs réponses possibles] ? »
Tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois	« Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » « Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois où vous avez fait une tentative de suicide. Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? »
Recours aux soins et hospitalisation suite à la dernière tentative de suicide	« Suite à cette tentative, êtes-vous allé à l'hôpital/avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy »/en avez-vous parlé à quelqu'un d'autre qu'un médecin ou un « psy » ? » (Oui/Non) « Si vous avez été à l'hôpital, avez-vous été hospitalisé pendant au moins une nuit ? (Oui/Non) »
Raisons invoquées pour les tentatives de suicide	« Aviez-vous fait cette tentative de suicide... pour des raisons professionnelles, pour des raisons sentimentales, pour des raisons familiales, pour des raisons de santé [posé à tous avec plusieurs réponses possibles] ? »
Intentionnalité suicidaire	« Parmi ces trois propositions, diriez-vous plutôt que... vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu, vous souhaitez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace, votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir [posé aux personnes déclarant une tentative de suicide dans l'année] ? »

Tableau 5. Indicateurs utilisés dans les enquêtes Baromètre santé de 2010 et 2014. Source : Baromètre santé 2014. (24) (26)

2.2.3. Résultats des enquêtes Baromètre santé

L'enquête Baromètre santé réalisée en 2010 révélait qu'environ 4,0 % des personnes interrogées âgées de 15 à 85 ans déclaraient des pensées suicidaires sur les douze derniers mois et environ 5,0 % des tentatives de suicide au cours de la vie. (24) (26)

L'enquête Baromètre santé réalisée en 2014 avait pour objectif d'actualiser l'estimation de la prévalence des tentatives de suicide et des pensées suicidaires en population générale âgée de 15 à 75 ans résidant en métropole, d'analyser leurs évolutions sur la période 2010-2014 et d'identifier leurs associations avec les facteurs sociodémographiques et socioéconomiques. (24)

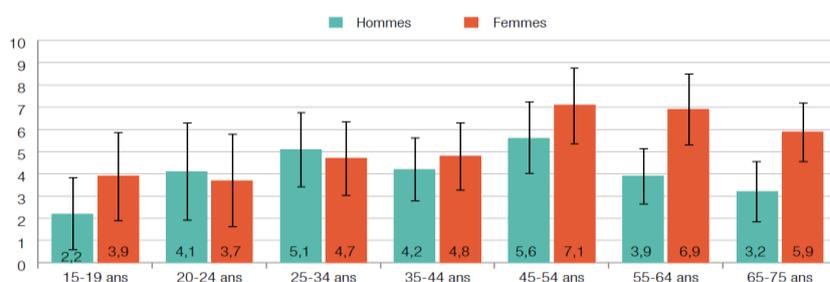
2.2.3.1. Pensées suicidaires

En 2014, 5,0 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Des différences selon le sexe ont été observées chez les plus de 55 ans:

- Pour les 55-64 ans, les proportions étaient de 3,9 % chez les hommes et de 6,9 % chez les femmes ($p < 0,01$)

- Pour les 65-75 ans, elles étaient respectivement de 3,2 % et 5,9 % ($p < 0,01$).

La prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois variait également selon la classe d'âges ($p < 0,01$), avec un pic noté chez les 45-54 ans (6,4 %) chez les hommes et chez les femmes (respectivement 5,6 % et 7,1 %). Chez les 15-19 ans, 2,2% des hommes et 3,9 % des femmes ont pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. (Graphique 13). (15) (24)



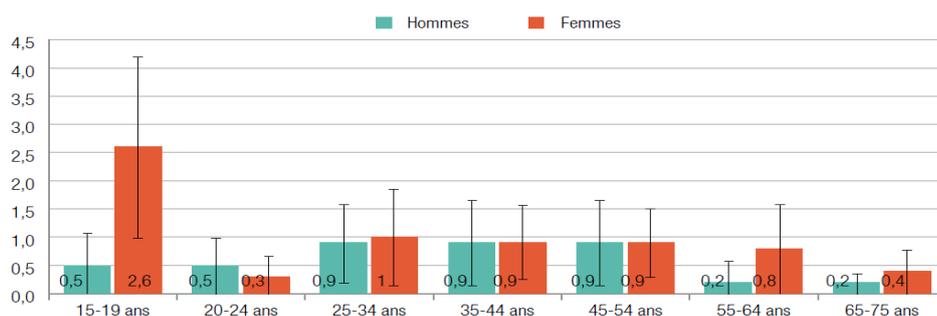
Graphique 13. Prévalences déclarées des pensées suicidaires (12 mois) selon le sexe chez les 15-75 ans, en France métropolitaine, en 2014. Source : Baromètre santé 2014 et INPES (23) (24)

Ces résultats sont à mettre en regard des données de décès par suicide, où ce sont les plus âgés et les hommes qui enregistrent les niveaux les plus élevés. (24)

2.2.3.2. Tentatives de suicide

En 2014, 7,1 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont déclaré avoir effectué une tentative de suicide au cours de la vie, la prévalence étant plus élevée chez les femmes (9,3 %) que chez les hommes (4,9 %) ($p < 0,001$). Au sein de cette population, 37,7 % ont déclaré au moins une récurrence. (15)

0,8 % des individus âgés de 15 à 75 ans ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois en 2014. Aucune différence significative n'a été notée selon le sexe (hommes : 0,6 % versus femmes : 0,9 %), sauf pour les 15-19 ans, où la prévalence observée chez les femmes est nettement supérieure à celle observée chez les hommes (2,6 % contre 0,5 %, $p < 0,05$, Sexe Ratio F/H 1.5). (15) (Graphique 14)



Graphique 14. Prévalences déclarées des tentatives de suicide (12 mois) selon le sexe chez les 15-75 ans, en France métropolitaine, en 2014. Source : Baromètre santé 2014 et INPES (23) (24)

Ces résultats sont à mettre en regard des données de décès par suicide, où ce sont les plus âgés et les hommes qui enregistrent les niveaux les plus élevés. (24)

2.2.3.3. Facteurs de risque suicidaires

Concernant les facteurs de risque associés aux comportements suicidaires, l'analyse des évolutions selon certains critères socioéconomiques suggère des hausses de prévalences des pensées suicidaires dans l'année entre 2010 et 2014 plus marquées chez les populations présentant des facteurs de vulnérabilité : personnes les moins diplômées, retraités et inactifs, déclarant vivre seuls). (24)

D'autres variables dont les associations avaient été identifiées en population âgée telles que la limitation fonctionnelle ou la maladie chronique (24), et en population jeune tel que la perception ou l'image du corps au cours de l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (Escapad) et dans le Baromètre santé 2014 par la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) sont également retrouvées comme étant associées aux pensées suicidaires notamment un IMC bas qui semble être le facteur de risque le plus associé aux pensées suicidaires. (24)

En ce qui concerne les tentatives de suicide survenues au cours des 12 derniers mois, les facteurs associés sont la consommation quotidienne de tabac (Odd Ratio [OR]=4,3) et la solitude (OR=2,4) chez les hommes, la consommation à risque chronique d'alcool (OR=5,1) et la consommation quotidienne de tabac (OR=3,5) chez les femmes. (24)

Le tableau 6 décrit les différents facteurs de risque associés aux comportements suicidaires selon l'enquête baromètre santé de 2014. (24)

Facteurs personnels	Facteurs familiaux	Facteurs socio-environnementaux
Facteurs socio-démographiques : Age, sexe, statut marital, absence de lien social, milieux marginaux...	Violences - Physiques - Psychiques - Sexuelles - Négligences émotionnelles Conflits Maltraitements	Situations de rupture - Deuils - Pertes diverses - Chômage - Isolement
Conduites suicidaires	Conduites suicidaires	Absence de lien social
Troubles psychiques : Troubles dépressifs Addiction	Troubles psychiques : Troubles dépressifs Addiction	Facteurs de stress Accumulation les derniers mois
Mauvaise estime de soi	Absence de cohésion Familiale	Absence de cohésion sociale
Contact/sortie des services de psychiatrie		
Santé physique altérée		

Tableau 6. Facteurs de risque associés aux comportements suicidaires. Source : Baromètre santé 2014. (24)

L'enquête Baromètre santé de 2014 a également montré que seulement 50% des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en ont parlé à quelqu'un et plus de 40 % des hommes ayant fait une tentative de suicide dans l'année n'ont pas été en contact avec le système de soin (hôpital, médecin ou autre professionnel de santé). (24)

2.2.4. Conclusion

L'évolution à la hausse des tentatives de suicide au cours de la vie, des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois pour les hommes et des pensées suicidaires sur la période 2010-2014 nécessite d'inscrire de façon pérenne la prévention du suicide dans la liste des priorités de santé publique. Les populations prioritaires qui doivent être ciblées sont les personnes en situation de vulnérabilité socioéconomique, les personnes ayant un trouble de l'usage d'alcool ou de tabac, les filles âgées de 15 à 19 ans pour les tentatives de suicide et les sujets âgés de plus de 45 ans pour les pensées suicidaires. (24)

3. Facteurs de risque et facteurs protecteurs du suicide

3.1. Définitions

Les facteurs de risque du suicide sont des caractéristiques qui augmentent la probabilité que des individus envisagent ou tentent de se suicider, ou décèdent par suicide. (8)

Les facteurs de protection du suicide sont, à l'opposé, des caractéristiques qui vont diminuer cette probabilité. (8)

Ces facteurs sont identifiés sur la base de données statistiques ou épidémiologiques et permettent de définir des sous populations à risque. La causalité entre un facteur de risque et le comportement suicidaire ne se situe donc pas au niveau individuel mais au niveau populationnel. L'étude des facteurs de risque propres à ces groupes et l'évaluation de l'efficacité des actions de prévention dédiées sont néanmoins utiles et nécessaires. (8) (15) (16) (17)

Des études ont montré que les différents facteurs de risque et de protection fonctionnent en interaction les uns avec les autres, l'impact d'un facteur peut être différent en présence ou en l'absence d'autres facteurs, et le cumul de différents facteurs de risque accentue le risque de suicide. (8) (15) (16) (17)

Les approches par les méthodes du risque attribuable, de la fraction attribuable, et des calculs de risques relatifs ou de « *odds ratio* » permettent de manière intéressante d'isoler le poids des différents facteurs, en tenant compte de leurs interactions. Si la présence de certains facteurs augmente le risque de conduites suicidaires, une question intéressante est en effet d'identifier quel peut être le poids des différents facteurs, pour quels individus, dans quel contexte et à quelle période de leur vie. (8) (15) (17)

3.2. Classifications des facteurs de risque

Deux classifications semblent intéressantes pour la recherche sur le suicide et sa prévention : celle adoptée par la Conférence de consensus sur la crise suicidaire de 2000 de la Haute Autorité de Santé (HAS), anciennement dénommée l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui distingue les facteurs de risque primaires, secondaires et tertiaires et présente l'avantage de distinguer les facteurs sur lesquels il est possible d'agir ou non (2) et celle retenue par l'OMS dans son rapport sur la prévention du suicide de 2014 qui distingue les facteurs liés aux individus, aux relations, aux communautés, aux sociétés et aux systèmes de santé et permet de mettre en face de chaque facteur de risque une action de prévention possible. (8) (15)

Classification adoptée par la Conférence de consensus sur la crise suicidaire de l'ANAES 2000 : (2)

Primaires	Valeur d'alerte importante au niveau individuel. Interagissent les uns avec les autres. Sont influencés par les thérapeutiques.	- Troubles psychiatriques. - Antécédents personnels et familiaux de suicide. - Communication d'une intention suicidaire ou de l'impulsivité.
Secondaires	Observables dans l'ensemble de la population. Faiblement modifiables par la prise en charge. Faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires.	- Pertes parentales précoces. - Isolement social. - Chômage. - Difficultés financières ou professionnelles. - Evénements de vie négatifs.
Tertiaires	Ne peuvent pas être modifiés. Valeur prédictive uniquement en présence de facteurs primaires et secondaires.	- Age et Sexe. - Période de vulnérabilité (ex. phase pré-menstruelle)

Tableau 7. Classification des facteurs de risque suicidaires de l'HAS (anciennement dénommée ANAES).

Source : HAS (2)

Classification adoptée par l’OMS: (8)

<p>Facteurs liés aux individus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de tentative de suicide. - Troubles mentaux. - Usage nocif de l’alcool. - Perte d’emploi ou financière. - Désespoir. - Douleur chronique. - Antécédents familiaux de suicide. - Facteurs génétiques et biologiques.
<p>Facteurs liés aux relations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment d’isolement et manque de soutien. - Relations conflictuelles. - Mécontentement ou perte.
<p>Facteurs liés aux communautés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Catastrophes naturelles. - Guerres et conflits. - Stress liés à l’acculturation et au déplacement. - Discrimination. - Traumatisme ou abus.
<p>Facteurs liés aux sociétés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accès aux moyens létaux. - Couverture médiatique inappropriée. - Stigmatisation associée à la demande d’aide.
<p>Facteurs liés aux systèmes de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obstacle aux soins.

Tableau 8. Classification des facteurs de risque suicidaires de l’OMS. Source : OMS. (8)

3.3. Mécanismes neurobiologiques et vulnérabilité spécifique

L'étude du lien entre mécanismes neurobiologiques et conduites suicidaires est relativement récente et découle du modèle classique de « stress vulnérabilité » des conduites suicidaires. (27)

Ce modèle postule que tous les sujets qui réalisent des gestes suicidaires sont confrontés à des difficultés existentielles et la quasi-totalité de ces individus souffrent de troubles psychiatriques. Cependant, ces deux conditions sont nécessaires mais ne sont pas suffisantes à la survenue d'un suicide. Seuls les sujets porteurs d'une vulnérabilité spécifique réaliseront un geste suicidaire lorsqu'ils sont exposés à cette conjonction : stress, troubles psychiatriques et événements de vie négatifs. (27)

La vulnérabilité est particulièrement sous-tendue, dans l'ordre, par :

1. Les antécédents personnels de tentatives de suicide.
2. Les antécédents familiaux de conduites suicidaires.
3. Des dimensions de personnalité liées à l'impulsivité agressive qui faciliterait le passage à l'acte.
4. Le pessimisme.
5. L'existence d'abus dans l'enfance.

Par conséquent, à situation de stress égale, le risque de conduite suicidaire est très variable d'un individu à l'autre. (Figure 3)

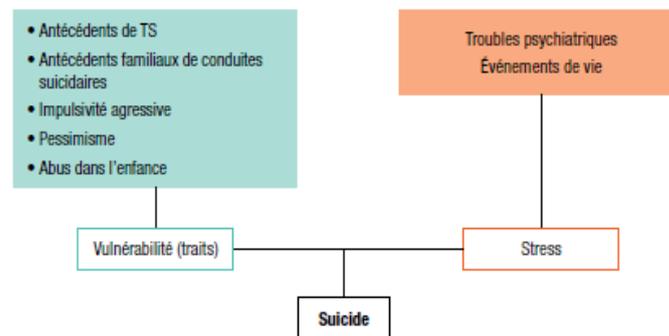


Figure 3. Modèle « Stress-Vulnérabilité ». Source : Oquendo et al., Am J Psychiatry, 2004. (28)

Deux grands systèmes neurobiologiques sont impliqués dans la vulnérabilité suicidaire : (28)

- L'hyperactivité de l'axe du stress (axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien)
- Le déficit sérotoninergique

3.4. Facteurs de risque et action de prévention

L'organigramme suivant représente les différentes interventions pertinentes pouvant être associées aux facteurs de risque (Figure 4). L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque. (15)

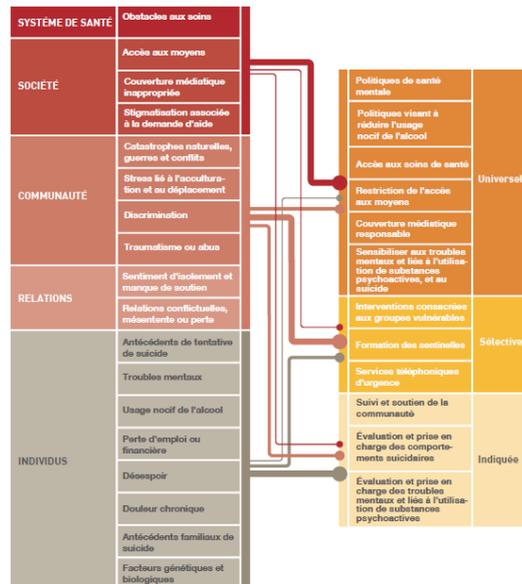


Figure 4. Interventions pertinentes associées aux principaux facteurs de risque suicidaire. Source : ONS. (15)

4. Evaluation du potentiel suicidaire

4.1. Echelles

Différentes échelles sont utilisées en pratique clinique pour évaluer le potentiel suicidaire :

- Echelle de Beck ou Beck Depression Inventory (BDI) : Elle permet de rechercher une symptomatologie dépressive et de mesurer la sévérité de celle-ci. Elle doit être utilisée en situation de crise suicidaire. (29) (Annexe 6).
- Echelle de désespoir de Beck ou Beck Hopelessness Scale (BHS) : Elle évalue 3 aspects majeurs du désespoir : Les ressentis négatifs sur l'avenir, la perte de motivation et l'absence d'espérance. (29) (Annexe 7).
- Echelle d'intention suicidaire ou Suicide Intent Scale (SIS) : Cette échelle, mise au point par A.T. BECK en 1974, est la seule échelle qui ne s'intéresse qu'à l'évaluation de la tentative de suicide qui vient d'avoir lieu. Il s'agit d'un hétéro-

questionnaire applicable aux suicidants qui sert à évaluer l'intensité du désir de mort du patient au moment de sa tentative de suicide. Elle a une valeur prédictive du risque de suicide abouti ultérieur mais non du risque de nouvelle tentative de suicide. (29) (Annexe 8)

- Echelle d'idéation suicidaire ou Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) : Cette échelle élaborée par A.T. BECK en 1979 s'intéresse à l'évaluation des idées suicidaires, la létalité de la méthode envisagée, la disponibilité des moyens d'autodestruction et l'existence d'éléments dissuasifs. (29) (Annexe 9)

4.2. Outil RUD

La conférence de consensus de l'HAS (anciennement dénommé ANAES) intitulée "La crise suicidaire : Reconnaître et prendre en charge" qui a eu lieu le 19 et 20 octobre 2000 a permis d'établir un consensus international sur les critères de définition de la crise suicidaire, fournir des outils d'aide au diagnostic ainsi que des recommandations sur sa prise en charge. (2)

L'introduction de la conférence rappelle les difficultés de repérage de la crise suicidaire, en particulier ses aspects très variables et les troubles parfois inapparents et peu spécifiques qui la définissent. (2)

Les conclusions apportent quant à elles un certain nombre de recommandations sur le développement de compétences au diagnostic de la crise et à l'évaluation du potentiel suicidaire selon les trois principaux axes : Risque, Urgence et Danger, mieux connus sous l'acronyme RUD. (2) (30)

Dans une perspective clinique, cette triple évaluation peut s'établir sur une échelle à trois niveaux : faible, moyen, élevé. Ainsi, un patient pourra être à risque faible, en urgence élevée et avec un scénario à forte dangerosité ; un autre à risque fort, en urgence faible et avec un degré de dangerosité bas. (2) (30)

Risque (R)

Il s'agit de la recherche des principaux facteurs de risques de suicide de l'individu dans son contexte personnel, familial et social. (30)

Certaines études ont démontré que le risque suicidaire est 7 fois plus élevé chez les sujets cumulant plus de trois facteurs de risque par rapport aux sujets n'en présentant aucun surtout l'âge (>75 ans). (2) (30)

Urgence (U)

Il s'agit de situer le patient dans le processus suicidaire en recherchant une intentionnalité suicidaire, un scénario, son éventuelle planification dans le temps et l'événement déclencheur pour mieux mesurer le poids et l'organisation de la problématique suicidaire. (2) (30)

La détermination du degré d'urgence permet de rendre compte de l'imminence du passage à l'acte, du degré d'élaboration du scénario et constitue un élément déterminant de l'orientation, du type et de l'urgence de l'intervention. La prise en charge sera en effet différente selon que le sujet exprime l'intention de se suicider dans la journée et qu'il a en sa possession un moyen pour le faire, ou qu'il a quelques flashes suicidaires qui lui traversent ponctuellement l'esprit, mais sans planification particulière. (2) (30)

L'ANAES recommande d'explorer l'urgence suicidaire à plusieurs niveaux (2) :

- Le niveau de souffrance psychique : intensité du désespoir ou du désarroi, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
- Le degré d'impulsivité : instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'impulsivité.
- Le degré d'intentionnalité : Il s'agit de l'élément le plus déterminant de la probabilité de passage à l'acte à court terme. Il est déterminé par deux critères qui sont la fréquence des idées suicidaires et l'évolution de la planification suicidaire, chacun étant soumis à trois variables.

Les étapes de la progression des idées suicidaires et de leur fréquence sont : (7) (31)

---> Les flashes suicidaires de faible intention : il s'agit de l'étape la moins à risque et la plus éloignée du passage à l'acte. Les idées sont diffuses, brèves et non ruminées.

---> Les pensées suicidaires occasionnelles : l'idée suicidaire est récurrente. Le sujet envisage cette possibilité de plus en plus sérieusement, mais n'est pas obsédé quotidiennement.

---> Les pensées suicidaires fréquentes : l'individu pense au suicide régulièrement. Il commence à planifier son passage à l'acte.

Les étapes de l'évolution de la planification suicidaire sont : (7) (31)

---> L'élaboration : pour la personne, le suicide est devenu la seule option, tout du moins l'option principale. Cependant, elle ne sait ni comment, ni quand elle va le faire. La décision est prise, mais les éléments de planification manquent encore (où, quand, comment, avec quoi).

---> La planification est définie : La personne menace de passer à l'acte au-delà de 48 heures. Elle a en main le moyen qu'elle a choisi ou elle a accès à ce moyen (médicaments, corde, arme, etc.). A ce moment, un contrat de "non-passage à l'acte" peut, en fonction du contexte global, être éventuellement établi entre le clinicien et le patient.

---> La finalisation : La personne menace de passer à l'acte dans les prochaines 48 heures. Elle a le moyen léthal à sa disposition, connaît le lieu et le moment précis de son geste. Ici aussi, un contrat de "non-passage à l'acte" peut être envisagé si la situation s'y prête.

Au terme de l'évaluation de ces critères, il faut définir sur trois variables un niveau faible, moyen ou élevé d'urgence suicidaire. (30)

Dans son consensus, l'ANAES suggère une aide à l'évaluation de l'urgence en proposant un guide du degré d'urgence établi en fonction d'un "profil type" de patient concerné. (2)

C'est le niveau d'urgence qui va déterminer le type d'intervention réalisée même si le sujet présente une accumulation de facteurs de risque mais il est cependant important de rechercher un facteur précipitant (perte d'un proche, conflits, échec, rupture) capable d'accroître de façon considérable l'urgence suicidaire et agissant comme un déclencheur du passage à l'acte (5).

L'ensemble de ces données permet d'étayer efficacement le raisonnement clinique du médecin sur le risque immédiat de passage à l'acte mais ne permet pas de prédire avec certitude les délais du risque suicidaire. A noter que la gravité des idées suicidaires dépend tout autant de leur intentionnalité que de leur chronicité (32).

Compte-tenu de la variabilité des types de crises suicidaires, les performances de ces outils manquent de spécificité ce qui n'exclue pas la possibilité de certains faux positifs ou de faux négatifs dans les évaluations. (2)

Urgence Faible	Urgence Moyenne	Urgence élevée
Relation de confiance établie avec le praticien	Équilibre émotionnel fragile	Passage à l'acte planifié et décidé
Désir de parler et recherche de communication	Intention suicidaire claire	Décision rationalisée ou émotivité ou agitation ou athymie
Idee suicidaire mais sans scénario précis	Présence d'un scénario suicidaire mais dont l'exécution est différée	Inertie dépressive ou état de grande excitation
Évaluation des stratégies pour faire face à la crise	Le suicide est perçu comme la seule solution aux difficultés	Douleur et souffrance omniprésentes ou complètement tues
Le sujet est psychologiquement souffrant mais pas anormalement troublé	Besoin d'aide et communication de son désarroi	Accès immédiat au moyen de se suicider
Le sujet cherche des solutions à ses problèmes	Isolement	Sentiment d'avoir tout essayé
		Isolement majeur

Tableau 9. Evaluation de l'urgence suicidaire. Source : ANAES 2000 (2)

Danger (D)

L'éventualité d'un scénario suicidaire mortel doit être mesurée par l'évaluation de la létalité du moyen suicidaire envisagé, et par l'accessibilité immédiate à ce moyen pouvant augmenter sensiblement la dangerosité du mode suicidaire. (30)

Cette évaluation est complexe, car il n'existe pas d'échelle validée disponible mesurant le degré de létalité prévisible - ou le taux *d'efficacité suicidaire* - d'une méthode donnée. L'estimation du risque léthal de tel ou tel moyen est donc laissée à l'appréciation personnelle

de chaque clinicien, qui devra définir lui-même un risque objectif à partir de données non mesurées. De même, il existe, assez peu d'études statistiques portant sur la prévalence des différents modes suicidaires employés. (30)

Ces contradictions sont peut-être à mettre en rapport avec une forme de réticence induite par la pénalisation de toute initiative susceptible d'être assimilée à une incitation en faveur du suicide, ou du meilleur moyen pour y parvenir.

Certains auteurs estiment qu'une mesure efficace pour diminuer les taux de suicides en France serait de limiter l'accessibilité aux moyens suicidaires les plus dangereux (par exemple, encadrement des ventes libres de médicaments, disponibilité des armes à feu). Il est en effet constaté qu'un foyer sur cinq dispose au moins d'une arme à feu et que sa présence au domicile multiplie par 5 la probabilité de suicide (33).

Ces chiffres révèlent donc l'importance à accorder à l'accessibilité aux moyens dangereux dans la prévention du suicide. En France, une mesure législative de 2002 a instauré une procédure administrative qui autorise les forces de l'ordre à soustraire son arme à feu à un individu ayant un projet de suicide (34). La réduction de l'accessibilité aux moyens suicidogènes constitue donc un axe de prévention qu'il est important de développer d'autant qu'il ne semble pas être observé de report de mortalité vers un autre moyen de suicide (35).

L'outil RUD est actuellement en cours d'ingénierie depuis début 2019 ; des facteurs de vulnérabilité proximaux (antécédents) et des facteurs de vulnérabilité distaux (familiaux, environnementaux) seront utilisés pour mieux identifier et objectiver la crise suicidaire notamment au niveau de la temporalité.

LE DISPOSITIF VIGILANS

2. Définition

Le dispositif Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalier pour les personnes suicidantes accueillies et sortantes notamment des SU classiques, des services d'urgences psychiatriques et des services d'hospitalisation. (3) (37) (38)

3. Modalités de fonctionnement

Pour l'ensemble des suicidants (primo suicidant et réitérant), une carte ressource avec le numéro de téléphone de la plateforme Vigilans est remise à la sortie d'un SU ou d'hospitalisation afin de maintenir un lien immédiat après les soins. Chaque sujet a la possibilité de contacter la plateforme de veille. Une prise de contact téléphonique a lieu à 6 mois pour les primo suicidants, entre 10 jours et 21 jours (J10-J21) après la tentative de suicide puis à 6 mois pour les réitérants, de la part des écouteurs Vigilans. (3) (37) (39)

En cas de récurrence, une nouvelle veille sur 6 mois est réenclenchée. (3) (37) (39)

Si besoin, après chaque appel, une consultation en urgence peut être proposée à la personne (primo suicidant ou réitérant). (3) (37) (39)

Les acteurs de soins impliqués dans la prise en charge du patient (médecin traitant, psychiatre référent) sont informés lorsqu'un de leur patient suicidant intègre le dispositif via un compte rendu. La création d'un numéro spécifique « professionnels » permet à chacun d'entre eux de prendre des informations auprès de la plateforme de veille. (3) (37) (39)

4. Principes du système de veille

Le tableau 10 décrit en détail les principes du système de veille et le déroulement pratique du dispositif au niveau des SU et de la « plateforme veille ». (38) (40)

<u>Principes du système de veille</u>	
<p><u>A. Sur les Services d'Urgences</u></p> <p>1) Evaluation du suicidant par un dispositif de psychiatrie d'urgence : toute TS doit bénéficier d'une évaluation psychiatrique sur les urgences.</p> <p>2) Pour tous les suicidants: Remise de la carte avec un n° d'écoute 10h-18h par la «plateforme de veille » et renseignement de la fiche de liaison pour la «plateforme veille » :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identité, téléphone, représentant légal si mineur - Résumé sur la tentative de suicide et le contexte - L'orientation à la sortie des urgences (projet de soins) - Coordonnées du Médecin Traitant et des correspondants vers lesquels le patient a été orienté (Unité Fonctionnelle [UF] d'hospitalisation, Centre Médico- Psychologique [CMP], spécialistes libéraux) <p>3) Si réitérant : Remise d'un courrier au patient indiquant qu'il entre dans un dispositif de veille avec information de la procédure de rappel par la « plateforme veille ».</p> <p>4) Transmission de la fiche de liaison au secrétariat de Vigilans.</p> <p>5) Envoi d'un courrier de l'entrée du patient dans le dispositif de surveillance (une période de veille de 6 mois) aux professionnels de santé (référénts du patient, médecin traitant et/ou psychiatre) avec un N° de ligne téléphonique dédiée.</p> <p>Avant chaque contact, le patient est prévenu par courrier ou par SMS. Un compte rendu de l'entretien est envoyé aux professions de santé référénts (Médecin traitant et /ou psychiatre)</p>	<p><u>B. Sur la « Plateforme Veille »</u></p> <p>1) Ecoute 10h-18h des appels des suicidants (environ 5% des suicidants)</p> <p>Lors d'un appel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation clinique du patient. Soutien psychologique. - Conseils et orientation vers le Médecin traitant, les SU, le Spécialiste référént du patient. - Appel au 15 si détresse, stade de la « cristallisation » (idéation suicidaire avec scénario planifié dans les heures suivantes) <p>2) A la réception de la fiche de liaison de tout suicidant (primo ou réitérant) : planification d'un rappel téléphonique à 6 mois.</p> <p>3) En plus, à la réception de la fiche de liaison pour les réitérants :Planification du rappel téléphonique entre J10 et J21.</p> <p>4) Lors de tout rappel téléphonique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation clinique du patient. - Recherche de signes de détresse et évaluation de la potentialité suicidaire. - Point fait sur l'investissement du projet de soins prévu à la sortie des urgences. - Pour les injoignables ou les mal observants : envoi de cartes postales (1/mois pendant 4 mois) - Si patient inquiétant : Signalement et déclenchement des urgences (15) ou orientation vers une hospitalisation. <p>Information du médecin traitant, SU et avis ponctuel aux urgences (APU), correspondants assurant les soins après le passage aux urgences (le patient est informé de ces actions)</p> <p>Programmation d'un nouvel appel si besoin.</p> <p>5) Après le rappel :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rédaction d'une synthèse du rappel et des actions mises en œuvre (signalement aux référénts). - Envoi de la synthèse aux référénts du patient.

Tableau 10. Principes du système de veille et déroulement dans les SU et sur la « plateforme veille ».

Source : Vigilans Normandie. (40)

5. Déclinaison du projet Vigilans en Normandie

5.1. Généralités

Depuis environ une vingtaine d'années, le suicide représente un enjeu majeur des politiques régionales de santé en Haute Normandie (19) notamment à travers le projet régional de santé 2012-2017 (41), le programme national d'action contre le suicide (PNAC) 2011-2014 (42) et le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 (43) tout en composant avec un déficit en soins psychiatrique au sein du territoire Haut Normand. (19) (40)

La politique régionale Haute Normande de lutte contre le suicide s'est adossée aux politiques nationales en matière de prévention. (44) La direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) puis l'agence régionale de santé (ARS) ont développé de nombreuses actions de sensibilisation grand public complétées par des formations plus spécifiques en direction de nombreux professionnels permettant de mieux appréhender la crise suicidaire, d'orienter et de prendre en charge plus précocement les personnes suicidantes. (19) (40) (44)

L'ARS Haute Normandie a également souhaité structurer cette stratégie de prévention suicide en mettant en place une adéquation entre les actions de formation réalisées et les infra territoires identifiés comme prioritaire en matière de lutte contre le suicide et en créant un nouveau comité de pilotage régional suicide élargi (Copil). (40) (44) (45)

5.2. Mise en place du dispositif Vigilans

Début 2015, l'ARS Haute Normandie a rencontré les acteurs des services de psychiatrie des quatre territoires de santé (Territoire de santé du Havre, Evreux-Vernon, Rouen-Elbeuf et Dieppe) dans l'objectif de mettre en lumière les actions, dispositifs, structures ou organisations mises en place sur le thème du suicide sur chaque territoire de santé afin de les valoriser, les promouvoir et préparer le nouveau Copil. (40) (44) (45)

En avril 2015, l'ensemble des résultats de la prospection auprès des acteurs de la psychiatrie a été présenté au Copil élargi (45) complétée par une présentation de la revue de la littérature réalisée par l'INPES (15) (23) issue du groupe de travail piloté par la direction générale de soins (DGS). (40)

Différentes actions prometteuses ont été mises en relief à l'issue de cette rencontre : (40)

- La restriction des moyens létaux.
- Le maintien d'un contact avec les personnes à risque de récurrence suicidaire.
- Les lignes d'appel.
- La formation des médecins généralistes.
- Les programmes en milieu scolaire.
- L'organisation de la prise en charge après une tentative de suicide.

Par conséquent, l'inscription de la Haute Normandie au sein de l'expérimentation nationale du dispositif Vigilans a eu lieu dès janvier 2016 dans le cadre notamment de la fusion de la région Haute Normandie et Basse Normandie en une seule région, la Normandie permettant d'appliquer une politique cohérente, ambitieuse et efficiente de lutte contre le suicide dans toute la Normandie. (40)

L'expérimentation Vigilans en Haute Normandie représente un axe stratégique phare du plan régional d'actions de lutte contre le suicide 2016/2017. Une évaluation de ce dispositif est prévue à la fin de la durée d'expérimentation. (40) (44)

La figure 5 représente les différentes étapes de la mise en place du dispositif Vigilans en Haute Normandie. (40)

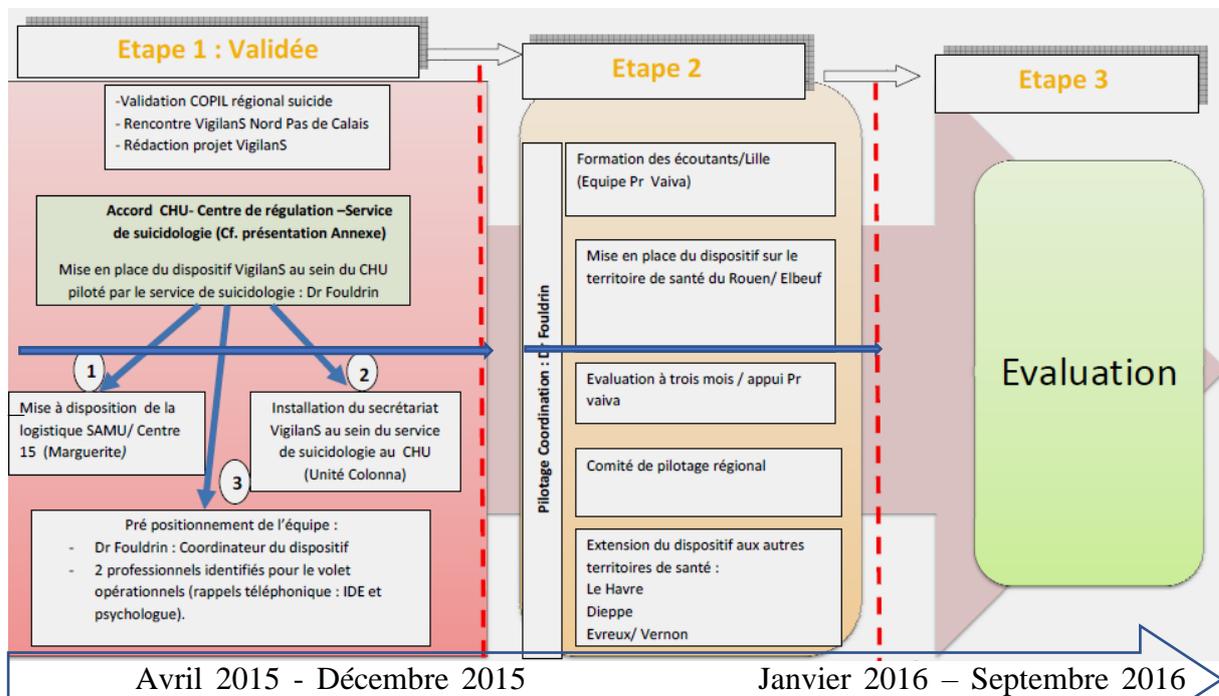


Figure 5. Différentes étapes de la mise en place du dispositif Vigilans en Haute-Normandie. Source : Le projet Vigilans en Normandie (40)

5.3. Modalités de fonctionnement

La structuration du projet Vigilans Haut Normand est calquée sur l'organisation du dispositif Vigilans Nord Pas de Calais. (40) (46)

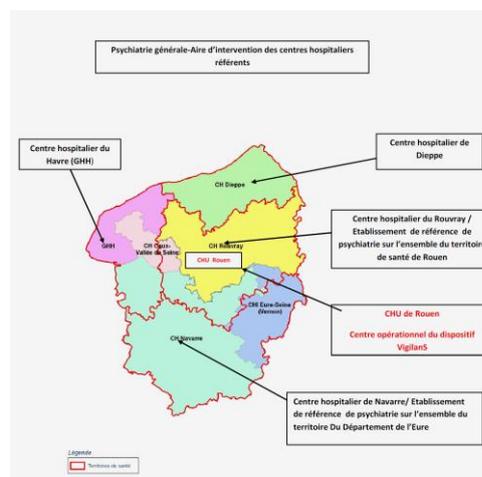
L'activation du dispositif Vigilans a été précédé par la formation des professionnels ou écoutants puis deux lignes téléphoniques opérationnels ainsi qu'un numéro de téléphone unique de la plateforme ont été mis en place. Les différents outils nécessaires à l'installation du dispositif et inhérents à son fonctionnement ont été élaborés (impression des cartes « crisis card », fiche de liaison personnalisés par territoire). (40) (46)

Une sensibilisation et une implication des équipes des différents SU de la région au dispositif a également eu lieu. (40) (46)

Les modalités du système de veille au niveau des services d'urgences et sur la plateforme veille sont identiques à ceux du dispositif Vigilans Nord Pas de Calais présentés ci-dessus. (40)

Le projet Vigilans a pour objectif sur le plan géographique de mailler le territoire du département de l'Eure et de la Seine Maritime en déployant le dispositif sur l'ensemble des territoires de santé en ciblant les services d'urgences hospitalières classiques et les centres de crises psychiatriques. (40)

La carte 9 représente les établissements hospitaliers référents des quatre territoires de santé acteurs du dispositif Vigilans : (40)



Carte 9. Centres hospitaliers référents des quatre territoires de santé Haut Normands. Source : Le projet Vigilans en Normandie (40)

5.4. Composition de l'équipe

L'équipe du dispositif Vigilans Normandie (Départements de la Seine maritime et de l'Eure) comprend : (40) (46)

Le Coordinateur : Dr Fouldrin, Psychiatre, chef du pôle de psychiatrie « Rive droite de Rouen (0.2 Equivalent Temps Plein [ETP]) : Le coordinateur a pour mission **la mise en place, le suivi, la montée en charge du dispositif Vigilans sur les quatre territoires de santé**. Dans cette montée en charge, il assurera, notamment : (40) (46)

- L'intégration des SU dans le dispositif et notamment ceux des territoires les plus impactés en termes de mortalité par suicide ;
- La définition du suivi voire d'une coordination des différents antennes SU impliqués dans le dispositif de veille ;
- La définition des modalités de transmission des données médicales par serveur sécurisé ;
- L'implication des services centre 15 de la région ;
- L'évaluation du dispositif ;
- Le recrutement, la formation et la supervision des professionnels écoutants ;

Des écoutants (2 ETP soit 4x ½ ETP) « Vigilanseurs » Infirmiers, déjà prés positionnés, assureront, en étroite collaboration avec le secrétariat, l'ensemble des rappels téléphoniques au sein du centre de régulation. Ils sont chargés de répondre au téléphone, d'évaluer le risque suicidaire et de coordonner les contrats de soin et les rappels. (40) (46)

Deux secrétaires (2 ETP) : En lien avec la coordination, elle sera chargée d'organiser le dispositif, d'animer le réseau, de gérées les signalements, d'assurer l'ensemble de la logistique et du secrétariat nécessaire au fonctionnement du dispositif. (40) (46)

A noter que le rôle de coordination et des missions qui s'y rapportent nécessite une budgétisation importante. (40) (46)

5.5. Evaluation du dispositif

La coordination sera chargée sur les trois années d'expérimentation d'évaluer les dispositifs, en intégrant notamment les indicateurs (non exhaustifs) suivants : (40)

Evaluation des résultats :

- Nombre d'établissements participants
- Nombre de cartes distribuées
- Nombre d'appels téléphoniques reçus sur la plateforme :
 - Personnes suicidantes
 - Professionnels
- Nombre d'appels réalisés par la plateforme (appels sortants) :
 - Appel en direction des primo suicidants
 - Appels en direction des réitérants
 - Appels en direction des professionnels
- Données chiffrées des tentatives de suicide, du suicide et de la mortalité par suicide sur les quatre territoires de santé (impact)

Suivi et évaluation du processus :

- Mise en place d'outil de suivi
- Respect du calendrier
- Respect du budget

L'évaluation du dispositif sera réalisée par les promoteurs sera réalisée en étroite articulation avec l'évaluation nationale des régions expérimentales. (40)

5.6. Conclusion

Le projet Vigilans représente un enjeu fort en matière de lutte contre le suicide sur l'ensemble des quatre territoires de santé de la Haute Normandie. Plus qu'un outil de rappel téléphonique il s'intègre et se coordonne avec l'ensemble des actions développées dans la région en s'inscrivant dans une culture régionale de la prévention en santé mentale, répondant ainsi à une vision multimodale qui intègre des actions diversifiées comprenant notamment : (38) (40) (43)

- Des objectifs d'amélioration de la qualité, de la cohérence et la pertinence des actions de formations relatives aux repérages de la crise suicidaire qui existe depuis maintenant plusieurs années et qui sont identifiées comme structurantes ;
- Des objectifs de développement des compétences psychosociales (CPS), qui sont transversaux à d'autres thématiques que le suicide (addiction, etc.) ;
- Une consolidation d'actions d'écoute psychologique relevant du champ associatif ;
- Un soutien et une intégration des associations d'écoute et d'accompagnement des patients dans le plan d'action de lutte contre le suicide.

La construction du projet, dans une configuration impliquant une convergence des points de vue et un volontarisme affiché des acteurs de la psychiatrie et du SAMU 76/centre 15 permet d'asseoir le dispositif sur les bases d'un dispositif pertinents et efficient. (40)

L'AUTOPSIE PSYCHOLOGIQUE

1. Généralités

En France, un médecin doit intervenir systématiquement pour examiner le corps d'une personne décédée, constater le décès et déterminer le diagnostic étiologique avant d'établir le certificat de décès. (47)

Le certificat de décès comprend deux parties : Une partie nominative destinée à l'état civil qui permet d'inscrire dans le registre des décès *Ad hoc* le décès de la personne avec mention du jour et de l'heure et une partie anonyme destinée au *Cépi-Dc* de l'Inserm dans laquelle le médecin doit renseigner les causes immédiates du décès, les circonstances de survenue du décès et les données personnelles du sujet décédé. Cette deuxième partie sert à connaître la morbi- mortalité des Français et est utilisée essentiellement en santé publique. (47)

Cependant, la cause du décès n'est pas toujours facilement identifiable notamment en l'absence d'antécédents médicaux. Il faut par conséquent indiquer sur le certificat de décès qu'il y a un obstacle médico-légal à l'inhumation, le procureur de la république en sera informé et une enquête médico-judiciaire sera menée dans l'objectif de connaître la cause du décès. Dans ce genre de situation, l'hypothèse du suicide doit être systématiquement évoquée. (47)

En France, il existe deux circuits d'information dans le cas d'un décès inattendu ou suspect ; Le circuit médical et le circuit judiciaire. (47)

Dans le cadre du circuit médical, une autopsie médico-légale qui comprend un examen clinique approfondi du corps de la personne décédée est réalisé. (47)

Sur le plan judiciaire, les décès inattendus ou suspects sont classés en 3 catégories : Criminelle, accidentelle et suicidaire. Les deux premières impliquent respectivement la recherche de l'auteur du geste criminel et sa poursuite et la recherche de la responsabilité d'un tiers. Cependant, la suspicion d'une étiologie suicidaire peut entraîner l'extinction des poursuites pénales par le parquet et l'arrêt de l'enquête en cours, le corps du sujet ne sera pas examiné par un médecin légiste et aucune investigation médicale toxicologique ne sera menée. Or les familles sont généralement rassurées par la pratique d'une autopsie médico-légale approfondie et d'une analyse toxicologique car cela permet de répondre à leurs différents questionnements et de participer au processus de deuil. (47)

Une autre forme d'autopsie existe, il s'agit de l'autopsie psychologique utilisée habituellement dans le domaine de la recherche. (47) (48)

2. Définition

L'autopsie psychologique est une méthode de recherche qui permet de mettre en évidence les facteurs de risque et les facteurs précipitants pouvant aboutir au suicide en reconstituant le parcours médical, psychologique et social d'une personne décédée par suicide. (47) (48)

Environ 20 grandes autopsies psychologiques ont été réalisées en Amérique du Nord, en Europe, en Australie, en Nouvelle Zélande, en Israël, en Taiwan et en Inde et ont permis d'avoir des informations sur les caractéristiques des personnes décédées par suicide, les méthodes de suicide et les problèmes communs rencontrés dans la prévention du suicide. Quelques autopsies psychologiques se sont également intéressées au milieu rural et gériatrique. (49) (50)

3. Historique

Les premières études concernant le comportement suicidaire ont eu lieu en 1920 à Paris et 1930 à New York en collectant des informations concernant la victime à partir de différentes sources. (49)

La 1^{ère} autopsie psychologique moderne concernant plusieurs suicides consécutifs (134 suicides pendant 1 an) a été conduite par Eli Robins à l'université de Washington au Etats Unis en 1956 et 1957. Au même moment, Robert Litman, Norman Farberow et Edwin Schneidman au Los Angeles Suicide Prevention Center ont développé une méthode qui permet de déterminer si un décès a eu lieu ou non dans un contexte de suicide. Ils ont été les premiers à employer le terme d'autopsie psychologique et à mettre en place des entretiens standardisés. (49)

La 1^{ère} autopsie psychologique européenne a été conduite par Barraclough dans le West Sussex et à Portsmouth en Angleterre entre 1966 et 1969, ces derniers ont examiné 100 suicides consécutifs. (49)

En 1989, l'intérêt de l'autopsie psychologique pour la recherche a été souligné par le Pr Védrine, psychiatre à l'institut médico-légal de Lyon. (47) (48)

4. Déroulement

La 1^{ère} génération des autopsies psychologiques étaient descriptives de plusieurs cas de suicides consécutifs sans groupe contrôle. Elles permettaient de donner une vision du comportement suicidaire mais avaient des limites méthodologiques. (49)

Depuis les 20 dernières années, un nouveau modèle d'études est apparu comportant des cas (décès par suicide) et des témoins (décès inattendu mais non lié à un suicide) représentatifs de la population générale ainsi que des outils standardisés permettant de déceler les troubles psychiatriques et leurs comorbidités chez les cas et les témoins. (49)

Des interviews détaillées auprès des membres de la famille et des proches de la personne décédée ainsi qu'une collecte de toutes les données médicales, sociales et judiciaires de la personne décédée sont réalisés. (47) (49)

Dans le cadre de la recherche et de la prévention du suicide, les résultats issus d'une autopsie psychologique doivent s'appuyer sur une méthodologie de base rigoureuse. Or, il n'existe pas de protocole standardisé validé sur le plan international pour les autopsies psychologiques. (47) (48)

Younger et Coll. (1990) ont défini les principaux critères nécessaires pour bien mener une autopsie psychologique : (47)

- La définition des hypothèses primaires en fonction des objectifs attendus (identification de la cause du suicide, évaluation des facteurs de risque suicidaire, compréhension du comportement suicidaire, diminution de la fréquence du suicide, amélioration des services d'aide pour les proches des personnes décédées par suicide). (47)

- La délimitation de la zone de recrutement, destinée à l'analyse, dans le temps (durée de recrutement de 6 mois ou 1 an) et l'espace (bassin de soins, département, région géographique) en fonction des ressources humaines et financières. (47)

- La définition précise ce qui sera considéré comme un suicide dans l'objectif de constituer une population homogène. (47)

- La détermination du profil de la personne qui procèdera au recrutement avec une centralisation du processus de recrutement. (47)

- La description des qualifications cliniques et de la formation des interviewers (psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux et infirmiers ayant une expérience clinique importante ainsi que des capacités d'empathie). (47)
- La mise en place d'un protocole d'entretien standardisé avec un outil statistique dans l'objectif d'augmenter la fidélité inter-juges (données provenant de plusieurs sources, relecture par un chercheur indépendant). (47)
- La sélection d'un ou de plusieurs groupes témoins (47)
- La définition de ce qu'est un bon informant (proches de la personne suicidée). (47)
- La définition du nombre minimum d'informants par cas pour limiter les biais de mémoire (liés à la nature complexe du processus de deuil, à l'altération des souvenirs vécus auprès de la personne décédée et à la méconnaissance de certains événements tel que la prise de toxiques). (47)
- La description de la manière dont les informants sont contactés et avertis de la nature de l'étude : Envoi d'une lettre aux proches de la personne décédée, suivie d'un appel téléphonique et d'un contact avec les chercheurs. (47)
- Une discussion détaillée sur la manière de concilier des informations contradictoires ainsi que le recueil du nombre de cas où les données sont manquantes ou insuffisantes : Recours à un consensus ou à des évaluations indépendantes. (47)
- La notification de la référence de l'outil diagnostique utilisé si l'autopsie psychologique aborde la question du diagnostic. (47)

Au Québec, l'équipe de recherche de Monique Seguin a mis en place plusieurs recommandations visant à améliorer les protocoles d'autopsie psychologique : (48)

- Une procédure de recueil des données permettant de retracer la trajectoire des services et des soins reçus par les personnes ayant eu recours à des services de santé mentale :
 - Etude des différents dossiers des usagers et du compte rendu de l'autopsie médico-légale, analyse des résultats des analyses toxicologiques. (48)

- Réalisation d'interviews qualitatives auprès de plusieurs membres de la famille de la personne décédée et de plusieurs professionnels consultés pour récolter des données sur la demande d'aide et les différentes interventions réalisées.
- Réalisation d'un graphique retraçant la trajectoire d'utilisation des services pendant toute la vie de la personne décédée avec une zone ciblant la dernière année de vie de la personne. (48)
- Bonne connaissance des critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM 5 (51), de la conduite de l'entretien, des interventions en cas de crise suicidaire et des interventions possibles auprès des proches de la personne décédée de la part des interviewers.
- Recherche d'une psychopathologie individuelle par les interviewers et établissement de diagnostics à l'aide de la Structured Clinical Interview for DSM 5 (SCID-5) (52) qui permet d'établir un diagnostic après le décès ainsi que des diagnostics antérieurs au décès et leur chronologie. Ce questionnaire existe également sous une forme auto-administrée le SCID-II-SR. (53) Le SCID a déjà été validé dans le cadre d'études sur le suicide (54) (55) et la fidélité inter-juges pour cette méthode dans le contexte de l'autopsie psychologique est élevée (56). (48)

- Une reconstruction de la trajectoire de vie de la personne décédée (57) : Elle s'inspire du Life History Calendar (58) et de l'Adult Life Phase Interview (ALPHI) (59), prend la forme d'une entrevue semi-standardisée avec un ou plusieurs proches connaissant bien la personne décédée et permet de retracer le parcours de vie de la personne décédée depuis son enfance afin de documenter les moments d'apparition des difficultés, les facteurs de risque et les facteurs de protection rencontrés. Chaque trajectoire de vie est analysée individuellement par les chercheurs et le caractère aigu/chronique, la durée, l'intensité et la fréquence des différents évènements de vie sont déterminés. (48)

- L'intervention d'un panel d'experts composé d'au moins 3 professionnels : Un médecin, généraliste ou spécialiste, familier avec la prise en charge des troubles psychiatriques, un professionnel familier avec l'intervention de crise et la prise en charge des troubles psychiatriques et un travailleur social agréé dans les interventions de crises auprès des personnes suicidaires. (48)

Le panel d'experts évalue le potentiel de prévention des suicides survenus en étudiant les actions individuelles apportés par les proches et les intervenants des services sociaux et de santé tout au long de la trajectoire d'aide de la personne décédée et propose des actions locales qui auraient dues être mises en place pour prévenir le suicide. Le panel cote également sur une échelle de 1 à 5 dans quelle mesure il était possible de prévenir le suicide (48) (57) :

- Le suicide était totalement imprévisible.
- Aucun moyen raisonnable ou connu n'existait pour repérer les facteurs de risque.
- Le suicide aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises.
- Le suicide était potentiellement évitable si des mesures avaient été prises compte tenu du risque.
- Le suicide aurait pu facilement être prévenu.

L'ensemble des résultats obtenus par le panel est ensuite analysé par les membres de l'équipe de recherche afin d'établir par des analyses transversales les actions qui devraient être proposés compte tenu de l'ampleur des déficits notés dans les actions individuelles et locales (par exemple une amélioration de la formation des professionnels, des compagnies de sensibilisation du public au traitement de la dépression...). (48)

- Un soutien aux informants (Vulnérabilité psychologique, dépistage des personnes suicidaires, programmation d'un appel téléphonique quelques jours après l'interview). (48)
- Un consentement libre et éclairé signé par les proches participants à l'étude. (48)

5. Principaux résultats des autopsies psychologiques

Les autopsies psychologiques ont démontré que 70 à 95% des personnes décédées par suicide présentaient des troubles mentaux et environ 40% des troubles de la personnalité au moment du passage à l'acte (60). Certaines autopsies psychologiques ont identifié des éléments cliniques associés au risque suicidaire tel que les antécédents de tentatives de suicide, les antécédents familiaux de pathologies psychiatriques et l'impulsivité ainsi que des dimensions psycho-sociales tel que l'adversité précoce, les carences affectives et éducatives, la maltraitance, l'abus physique et sexuel et l'exposition à des évènements

traumatiques. Quant à la trajectoire de demande d'aide, certaines équipes ont évalué la fréquence de consultation antérieurement au suicide. (47) (48)

6. Exemples d'autopsies psychologique

6.1. Autopsie psychologique réalisée au Nouveau-Brunswick

L'étude réalisée au Nouveau-Brunswick entre avril 2002 et mars 2003 fait partie des autopsies psychologiques les plus connues. (48)

6.1.1. Introduction

Le décès par suicide est une cause importante de mortalité au Nouveau-Brunswick et touche surtout les adultes de sexe masculin. 109 décès par suicide d'avril 2002 à mai 2003 ont été répertoriés sur le territoire du nouveau Brunswick. (48)

6.1.2. Objectifs

L'étude avait pour objectif d'identifier les circonstances individuelles et sociales qui ont conduit les individus au suicide ainsi que les difficultés de santé mentale, l'accumulation des facteurs de risque psycho-sociaux et la trajectoire de recherche de soins afin de proposer des stratégies qui permettront d'améliorer les services proposés aux personnes suicidaires et à leur famille. (48)

6.1.3. Déroulement

Une lettre a été postée aux familles endeuillées décrivant l'étude et expliquant que leur participation était sollicitée suivie d'un appel téléphonique une semaine après. Après l'obtention d'un accord verbal de la part de la famille endeuillée, un membre de l'équipe de recherche établissait rapidement un contact téléphonique auprès de cette dernière afin d'explicitier la nature de l'étude, solliciter sa participation, répondre aux questions éventuelles et apporter un soutien au deuil. Une deuxième lettre expliquant le but et les objectifs de l'étude ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité de sa participation et les formulaires de consentement étaient alors envoyés à la personne contactée. (48)

Un premier rendez-vous était ensuite fixé 2 à 4 mois après le décès. Un ou plusieurs proches de la personne décédée étaient rencontrés à l'occasion de plusieurs entrevues (en

général 3), composées de séries de questions semi-standardisées, d'une durée de 3 h chacune. (48)

102 familles ont donné leur accord pour participer à l'étude et le temps nécessaire pour récolter les différentes données était en moyenne de 30h. (48)

Parmi ces 102 familles, 54 ont été rencontrés, différentes entrevues ont eu lieu permettant de recueillir des informations sur l'évolution de la santé mentale de la personne décédée par suicide tout au long de sa vie et jusqu'au passage à l'acte ainsi que les événements significatifs de sa trajectoire de vie et la recherche de services. Des recherches dans les dossiers médicaux ont également été effectuées avec l'autorisation de la famille. (48)

48 familles ne souhaitaient pas réaliser d'entrevues, les données ont été collectées grâce à des échanges téléphoniques puis validés par un panel d'experts. Le dossier médical a également été étudié. (48)

Les mesures utilisées au cours des entrevues étaient le SCID (52) qui permet de poser un diagnostic post-mortem selon le DSM (51), la trajectoire d'événements de vie développée par le groupe d'études sur le suicide de McGill (57) inspirée du Life History Calendar (58) et de l'ALHPI (59) et l'étude des dossiers des personnes décédées par suicide. (48)

Un panel composé de chercheurs, de professionnels de santé et de représentants des proches a été constitué pour évaluer l'adéquation des services reçus par la personne décédée par rapport à des besoins et apprécier dans quelle mesure les décès par suicide auraient pu être prévenus. L'analyse effectuée par le panel amenait à décrire les besoins d'actions individuelles pouvant être prodiguées par les proches ainsi que par les intervenants des services sociaux et de santé au niveau local et régional. (48)

6.1.4. Résultats

Description socio-démographique : (48)

L'échantillon regroupait 102 personnes qui étaient majoritairement des caucasiens (95%) dont 85 hommes et 17 femmes. La plupart des suicides ont eu lieu entre 30 et 59 ans, 41% des individus étaient en couple, 37% étaient séparés, divorcés ou veufs, 22% étaient célibataires. Les personnes décédées par suicide avaient un niveau de scolarité moins élevé : 37% n'avaient pas de diplôme d'études secondaires ou d'équivalent, 17% ont

obtenu ce type de diplôme et seulement 10% ont fait des études supérieures. Le niveau de scolarité atteint pour 36% des personnes demeure inconnu. Plus de la moitié des individus n'avaient pas d'emploi au moment du décès et 19% étaient reconnus invalides. (48)

Profil psychopathologique : (48)

96 personnes (94.12%) présentaient un trouble psychiatrique et 73 personnes (72%) présentaient au moins deux 2 troubles psychiatriques au moment de leur décès. (48)

55% présentaient à la fois un trouble addictologique et un trouble psychiatrique (troubles de l'humeur, trouble anxieux, psychose, trouble de la personnalité), 56% présentaient un trouble de l'humeur et un autre trouble de type addictions ou trouble de la personnalité. Chez les personnes présentant un seul trouble psychiatrique, il s'agissait de dépression dans 17% des cas et d'addictions dans 7% des cas. (48)

Les données recueillies révèlent que les dépendances et les abus de substances étaient très répandus parmi les personnes décédées par suicide, pour 60% d'entre elles il s'agissait d'un facteur de risque majeur associé au suicide. Il s'agissait essentiellement de dépendance à l'alcool/drogue, d'abus de drogue/alcool et dans une moindre mesure le jeu pathologique 5%. (48)

Les troubles de l'humeur notamment l'épisode dépressif majeur étaient retrouvés chez 67 personnes sur 102 (65.68%) au moment du suicide. Des troubles anxieux ont également été diagnostiqués chez 18 personnes sur 102 (17.64%) dans les 6 derniers mois de leur vie. Les troubles de la personnalité notamment de type borderline et anti-sociale étaient présents chez 53 personnes sur 102 (52%). (48)

Événements précipitants et trajectoires de vie : (48)

Pour environ 50% des individus étudiés, un événement était souvent associé au passage à l'acte suicidaire : une rupture amoureuse, des difficultés de couple, un décès, une agression, des difficultés scolaires, professionnelles et financières. Les pertes d'autonomie physique, les pertes de liberté actuelles ou potentielles tel que l'emprisonnement sont des éléments qui figurent parmi les derniers éléments de vie de la personne décédée. Il y avait aussi des événements associés à des difficultés de santé mentale tel qu'une détérioration de

l'état dépressif, une période d'intoxication éthylique importante ou un épisode psychotique. Ces évènements représentent des facteurs précipitants du suicide. (48)

La trajectoire de vie des personnes décédées évaluée grâce au calendrier de vie montre qu'il n'y a pas de profil unique de personnes décédées par suicide et que les troubles mentaux ne surviennent pas généralement d'une façon soudaine mais se manifestent chez des personnes ayant souvent connu des trajectoires personnelles, familiales, psychologiques et sociales difficiles depuis l'enfance. Ces trajectoires sont souvent associées à des situations de dépendance aux substances psychoactives et aux échecs des tentatives personnelles pour y remédier ce qui augmente le sentiment de perte d'estime de soi et de désespoir. (48)

Quatre trajectoires de vie ont été définies : (48)

- 1^{ère} trajectoire : 15% des personnes décédées par suicide. (48)

Parmi les évènements de vie négatifs on note la négligence, la maltraitance, les conflits familiaux, les abus physiques et sexuels. L'ampleur des évènements à risque en bas âge s'associe à des conflits familiaux importants, des difficultés scolaires et des consommations d'alcool très précoces. Ces évènements négatifs persistent toute la vie. (48)

Dans cette trajectoire, il y a un nombre plus élevé de tentatives de suicide et de pathologies psychiatriques. Le suicide survient également plus tôt vers 38 ans. (48)

- 2^{ème} trajectoire : 24% des personnes décédées par suicide. (48)

Ces personnes ont subi des évènements de vie difficile pendant l'enfance. Leur contexte de vie s'est amélioré au début de l'âge adulte à la suite de leur départ du domicile familial. On note donc une diminution des facteurs de risque et une augmentation des facteurs protecteurs. Mais l'apparition d'évènements négatifs après cette période concorde avec l'augmentation des difficultés familiales, la présence de conflits maritiaux, des difficultés dans l'éducation des enfants et des conflits professionnels. Ceci aboutit des consommations à risque d'alcool et d'autres substances psycho-actives et des épisodes dépressifs majeurs. Un cumul de ces évènements est noté avant le passage à l'acte. (48)

- 3^{ème} trajectoire : 43% des personnes décédées par suicide. (48)

Dans ce groupe, on note au départ peu de facteurs de risque et plusieurs facteurs protecteurs. Les évènements de vie négatifs apparaissent progressivement et conduisent à des troubles psychiatriques (notamment un épisode dépressif majeur) et addictologiques qui sont présents tout au long de la vie à des degrés différents. Il y a peu de tentatives de suicide dans ce groupe et le suicide apparaît généralement dans un contexte de séparation et de cascades d'évènements négatifs. (48)

- 4^{ème} trajectoire : 17% des personnes décédées par suicide.

On note l'absence de facteurs de risque dans ce groupe ainsi qu'un suicide tardif vers 52 ans, qui est difficile à prévoir, apparaissant habituellement lors d'une situation de perte importante. (48)

Utilisation des services publics, privés et communautaires : (48)

Au cours de leur vie, presque toutes les personnes décédées par suicide ont contacté des services spécialisés en santé mentale ou en addictologie et des services médicaux de 1^{ère} ligne services de soins de santé primaire (médecins généralistes, SU), plus de la moitié ont consulté les services psychosociaux de 1^{ère} ligne et le tiers des services bénévoles. Dans l'année qui a précédé le suicide, on note une forte tendance à avoir recours aux services spécialisés privés ou public suivis de près par les services de 1^{ère} ligne. (48)

Concernant les services reçus au cours du dernier mois et de la dernière année de leur vie, les services spécialisés privés ou public demeurent relativement utilisés (environ 34.3% des personnes). Ce sont surtout les psychologues, les travailleurs sociaux et le personnel infirmier qui sont le plus consultés au cours du mois précédant le suicide (environ 18% au cours du dernier mois, 26% au cours de la dernière année), suivi des médecins psychiatres (environ 12% au cours du dernier mois, 32% au cours de la dernière année) et des urgences (environ 8% au cours du dernier mois, 24% au cours de la dernière année). Les services d'addictologies ont moins été consultés ; seulement 3% au cours du dernier mois et 4% au cours de la dernière année. Les services sociaux de 1^{ère} ligne ont été consultés par 18.6% des personnes au cours du dernier mois et les services médicaux de 1^{ère} ligne dont les médecins généralistes ont été consultés dans une proportion de 17.6 %. Les personnes décédées par suicide ont également côtoyé les services policiers respectivement de 4% et

9% dans le dernier mois et la dernière année de leur vie. Les services bénévoles ou sans but lucratif sont beaucoup moins utilisés que les autres services par les personnes décédées par suicide (8%). (48)

6.1.5. Discussion

Les principaux résultats ont permis d'établir à l'aide d'analyses transversales les actions qui devraient être proposés au niveau régional compte tenu de l'ampleur des déficits notés dans les actions au niveau individuel et local dans l'objectif de prévenir le suicide dans le Nouveau-Brunswick. (48)

En comparant les services reçus par les personnes décédées par suicide et ceux qu'elles auraient dû se voir proposer selon les jugements d'un panel d'experts, ce sont pour les prises en charge en addictologie que l'on observe le plus grand écart suivis de près par les prises en charge des crises suicidaires et des épisodes dépressifs majeurs. Ce sont les personnes souffrant de ces difficultés combinées qui reçoivent le moins souvent des interventions adéquates et pour lesquelles la prise en charge devrait être multidisciplinaire. (48)

Il y a également un écart important entre les services reçus et les services requis quant à l'évaluation psychiatrique, la mise en place d'un traitement psychotrope, la mise en place d'une hospitalisation ou d'une cure de sevrage et la mise en place d'une psychothérapie. (48)

Des formations pour l'ensemble des intervenants dans un 1^{er} temps (meilleur repérage de la crise suicidaire, prise en charge des épisodes dépressifs, des comportements suicidaires et des addictions) puis pour le grand public (campagnes de prévention pour un meilleur repérage des signes de détresse et une meilleure orientation des personnes suicidaires ou ayant des troubles mentaux vers les services sociaux et de santé) dans un 2^{ème} temps sont nécessaires. (48)

Une coordination doit être présente entre les services spécialisés dans les prises en charge des crises suicidaires, les services d'addictologie, les services psychosociaux de 1^{ère} ligne, les services médicaux de 1^{ère} ligne, les urgences et les services policiers car de nombreuses difficultés ont été identifiées en regard du manque de coordination et de suivi entre ces différents services. Or le manque de coordination s'associe à un désengagement des

patients. Ainsi des protocoles de coordination au niveau local et régional entre les intervenants de 1^{ère} ligne et de 2^{ème} ligne doivent être mis en place et des intervenants pivots doivent être nommés pour chaque situation complexe. (48)

6.1.6. Conclusion

Les individus décédés par suicide présentaient des troubles psychiatriques associés à des comorbidités addictologiques qui n'étaient pas récents et qui étaient en lien avec leurs parcours de vie. Les interventions et les prises en charge proposées ne peuvent donc pas se reposer sur des interventions ciblant des problèmes uniques. Les interventions doivent tenir compte de la complexité et de la multitude des difficultés et il est essentiel qu'il y ait un glissement vers des interventions multiples qui font nécessairement appel à une coordination, un suivi de la part de l'équipe soignante et un engagement au traitement de la part du patient. (48)

6.2. Autopsie psychologique réalisée en Chine

Un autre exemple d'autopsie psychologique, réalisée en chine, est détaillé ci-dessus.

6.2.1. Introduction

En chine, le suicide représente la 5^{ème} cause de mortalité dans le pays ce qui représente environ 285 000 décès par an. En milieu rural, il y a 3 fois plus de suicide qu'en milieu urbain et il y a plus de suicides parmi les femmes. (61)

L'ensemble de ces données épidémiologiques ne concordent pas avec ce qui est observé dans les autres pays du monde. (61)

6.2.2. Objectifs

Dans l'objectif de mieux comprendre les facteurs de risque suicidaire en chine et de développer un plan de prévention spécifique à ce pays, une étude cas témoins a été menée pendant 2 ans pour identifier les caractéristiques et les causes du suicide en Chine. (61)

6.2.3. Déroulements et méthodes

Une méthode d'autopsie psychologique a été utilisée pour comparer les caractéristiques des personnes décédées par suicide (groupe cas) et des personnes décédées brutalement et

dont la cause du décès n'est pas en lien avec une maladie (groupe contrôle) entre 1998 et 2000. Des interviews d'environ 2h ont été réalisés auprès de la famille des personnes décédées à intervalles réguliers (tous les 2 à 3 mois) par des psychiatres et des médecins de santé publique formés aux entretiens. Chaque interview se composait de 3 parties : une interview enregistrée sur les causes du décès, un questionnaire sur les circonstances du décès et les conditions socio-économiques de l'individu et en dernier un entretien psychiatrique semi-structuré mené par un psychiatre ayant au moins 5 ans d'expérience clinique. 20 sites ruraux et 3 sites urbains ayant un grand taux de suicide et représentatifs des différentes régions de chine ont été sélectionnés. (61)

Les facteurs de risque de suicide analysés dans cette étude étaient :

- Les caractéristiques socio-démographiques : L'âge, le sexe, le lieu de résidence, le statut marital, le niveau de scolarité, le statut professionnel, les ressources financières et la présence d'un handicap physique. (61)
- Les facteurs psychologiques : Le niveau de stress chronique durant l'année qui a précédé le décès, la sévérité du stress au moment du décès, la présence ou non d'un trouble psychiatrique au moment du décès, la sévérité des symptômes dépressifs deux semaines avant le décès, la survenue d'une consultation médicale pour des difficultés psychologiques, et l'utilisation de psychotropes dans les mois précédant le décès. (61)
- Les facteurs environnementaux et les évènements de vie : Un antécédent personnel de tentative de suicide, des antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide, des comportements suicidaires chez des amis, une prise de contact avec un professionnel médical dans le mois précédant le décès, la qualité de vie durant le mois précédant le décès notamment des changements au niveau des activités sociales extra-familiales, l'isolement et la solitude, le retentissement de l'état de santé de la personne décédée sur l'entourage familial, le nombre d'évènements de vie négatifs dans l'année précédant le décès et la survenue d'un évènement de vie négatif grave dans les 2 jours précédant le décès. (61)

La sévérité du stress a été évaluée grâce à une échelle élaborée spécifiquement pour l'étude comprenant 60 évènements de vie. (61) Le questionnaire SCID (52) a été adaptée à la population chinoise pour tenir compte des éléments culturels. Un score permettant de

mesurer la sévérité de l'épisode dépressif a également été utilisé. L'état physique, la santé mentale, le statut économique et professionnel, les relations amicales et les relations familiales de la personne décédée ont été notés de 1 (faible) à 5 (excellent) par les personnes interrogées.

Après le recueil des différentes données, une analyse statistique a été faite. (61)

6.2.4. Résultats

Parmi les 1220 décès sélectionnés initialement pour l'étude, seulement 1055 ont été conformes pour l'analyse. Parmi ces 1055 décès, il y avait 519 suicides et 536 décès non liés à un suicide. (61)

Concernant la distribution des décès par suicide selon les données démographiques, il s'agissait en majorité de femmes âgées vivant en milieu rural ; ceci correspond à ce qui est observé généralement en Chine sur le plan national. Parmi les 519 suicides, on notait 62% de suicide par ingestion de pesticide ou de poison pour les rats, 20% de suicide par pendaison, 7% de suicide par empoisonnement par un autre produit, 5% de suicide par noyade, 2% de suicide par saut dans le vide et 4% de suicides par d'autres moyens. (61)

Concernant les 536 décès non liés à un suicide, on notait 40% d'accidents de la route, 13% de chutes accidentelles, 11% de noyade accidentelles, 9% de meurtres, 7% d'empoisonnement accidentel, 6% d'électrocution, 6% de blessures et 8% de décès liés à d'autres accidents. (61)

Le risque de suicide augmentait avec le nombre d'évènements de vie négatifs, la qualité de vie négative, le niveau de stress chronique durant l'année qui a précédé le décès, le retentissement de l'état de santé de la personne décédée sur les autres membres de sa famille durant le mois qui a précédé le décès, la présence de symptômes dépressifs sévères durant les 2 semaines précédant le décès et le niveau élevé de stress au moment du décès. (61)

La fréquence d'évènements de vie négatifs était plus élevée chez les personnes décédées par suicide. Chez les hommes, les conditions économiques, les blessures et les maladies graves étaient au 1^{er} plan, chez les femmes, il s'agissait essentiellement de grossesses non désirées, d'amandes pour dépassement du quota d'enfants ou de grossesse et d'avortement.

Les personnes décédées par suicide ont plus subi d'événements de vie négatifs dans les 2 jours précédant le décès, il s'agissait surtout de conflits maritaux ou intra-familiaux et de violences physiques. (61)

Les troubles psychiatriques étaient plus fréquents dans le groupe décès par suicide (40% d'épisode dépressif, 7% de schizophrénie et 7% de dépendance à l'alcool) et la présence de troubles mentaux augmentait la fréquence du stress aigu au moment du décès. Il est important de noter que seulement 7% des personnes décédées par suicide ont rencontré un professionnel travaillant dans la santé mentale. (61)

Finalement, les principaux facteurs de risque suicidaire retrouvés dans cette étude étaient la présence d'un antécédent personnel de tentative de suicide, les antécédents familiaux de suicide ou de tentative de suicide, le niveau de stress élevé dans l'année qui a précédé le décès, la mauvaise qualité de vie dans le mois précédant le décès, le degré de sévérité des symptômes dépressifs avant le décès et la présence d'un stress aigu au moment du décès. Le risque suicidaire augmentait avec la multiplication des facteurs de risque. (61)

7. Conclusion

Ainsi les études faisant appel à l'autopsie psychologique se sont avérées fiables pour identifier les facteurs de risque associés à la mortalité par suicide. (61)

**ETUDE DES DONNEES DE
MORTALITE DU DISPOSITIF
VIGILANS**

1. Objectifs de l'étude

Les premières études réalisées par l'équipe du Pr Vaiva à Lille ont démontré la pertinence et l'efficacité du dispositif Vigilans sur la réduction du risque de récurrence suicidaire. (37) (62) Cependant, des décès par suicide et des tentatives de suicide graves ont été recensés chez des sujets inclus dans le dispositif. (62)

Cette étude, basée sur un modèle d'autopsie psychologique (47) (48), permet d'étudier la trajectoire de vie et de soins de sujets inclus dans le dispositif Vigilans déployé dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime et qui sont décédés par suicide.

L'objectif principal de cette étude est de comprendre les différents facteurs qui ont contribué au suicide de ces sujets malgré leur inclusion dans le dispositif Vigilans et d'en tirer des conclusions et des recommandations permettant d'améliorer le dispositif mis en place.

2. Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude d'épidémiologie descriptive menée entre janvier 2017 et juillet 2019, basée sur un modèle d'autopsie psychologique.

Les critères d'inclusion dans cette étude étaient :

- Une tentative de suicide initiale à l'origine de l'inclusion dans le dispositif Vigilans déployé dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime.
- Et une récurrence suicidaire, survenue pendant la période de veille, ayant entraîné le décès du sujet par suicide.

Les critères d'exclusion étaient :

- Une cause somatique ayant entraîné le décès du sujet.
- Un décès d'origine inconnue.

Concernant le recueil des données, le dossier médical informatisé et en format papier de chaque sujet inclus dans l'étude a été consulté. Les observations informatisées des infirmiers du dispositif Vigilans ont été étudiées dans l'objectif de recueillir des informations au sujet des différents appels téléphoniques émis ou reçus lors de la période de veille.

Le secrétariat du dispositif Vigilans a également été sollicité pour recueillir les fiches Vigilans d'inclusion et de ré-inclusion des sujets inclus dans l'étude ainsi que les différentes données épidémiologiques.

Les différents professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins des sujets inclus ont été contactés lorsque les données cliniques recueillies étaient insuffisantes.

Les éléments suivants ont été recueillis pour chaque sujet inclus dans l'étude :

- Numéro de la fiche d'inclusion Vigilans ;
- Age ;
- Sexe ;
- Date du suicide;
- Lieu du suicide ;
- Moyen suicidaire utilisé ;
- Association ou non de toxiques au geste suicidaire, si oui type de toxiques associé ;
- Antécédents psychiatriques ou médico-chirurgicaux notables ;
- Date de la (des) tentative(s) de suicide antérieure(s) ;
- Moyens utilisés lors de la (des) tentative(s) de suicide antérieure(s) ;
- Présence ou non de comorbidités addictologiques, si oui le type de comorbidité
addictologique ;
- Suivi actuel psychiatrique ou somatique ;
- Traitement actuel ;
- Situation familiale ;
- Situation socio-économique ;
- Facteurs favorisant le suicide;

- La date d'inclusion dans le dispositif Vigilans ;
- Le nombre et la(es) date(s) de ré-inclusion(s) ;
- Les dates des contacts avec l'équipe du dispositif Vigilans :
 - Appel émis par les infirmiers du dispositif Vigilans: Date de l'appel, type d'appel (J10-J21, 6 mois, soutien), patient joignable (J) ou non (NJ) ;
 - Appel reçu par les infirmiers du dispositif Vigilans : Date de l'appel ;
 - Envoi ou non de cartes postales, si oui : les dates des envois des cartes postales.
- Le remplissage ou non d'un questionnaire à 6 mois, si oui : les éléments du questionnaire, la passation de l'échelle de Columbia (63) (Annexes 10 et 11) ;
- L'information des proches du sujet de l'inclusion dans le dispositif Vigilans par le sujet ;
- La présence ou non de contacts entre l'équipe infirmière du dispositif Vigilans et les proches du sujet quand ce dernier n'est pas joignable, si oui : lien entre le proche contacté et le sujet et date du contact téléphonique ;
- Les éléments rapportés par l'équipe infirmière du dispositif Vigilans lors des contacts avec le sujet ou avec ses proches.

Les différentes données recueillies figurent dans le tableau 11 présenté ci-dessous.

Les différents éléments recueillis pour chaque sujet ont ensuite été analysés.

3. Résultats de l'étude

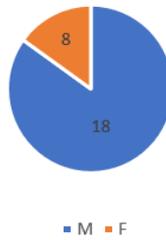
Depuis l'implantation du dispositif Vigilans dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime, environ 3600 sujets ont été inclus dans le dispositif et parmi eux 26 sujets se sont suicidés.

Les différentes données recueillies concernant les sujets qui se sont suicidés sont présentés ci-dessus.

3.1. Données épidémiologiques

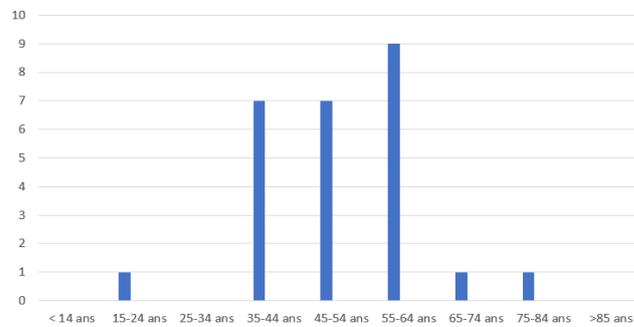
3.1.1. Age et sexe

Répartition des sujets en fonction du sexe



Graphique 15 . Répartition des suicides en fonction du sexe.

Répartition des sujets en fonction de l'âge

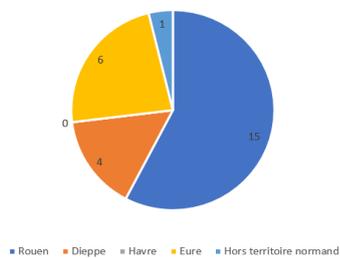


Graphique 16 . Répartition des suicides en fonction de l'âge.

69% des sujets étaient de sexe masculin, le nombre le plus élevé de suicide est observé chez les sujets âgés entre 55 et 64 ans.

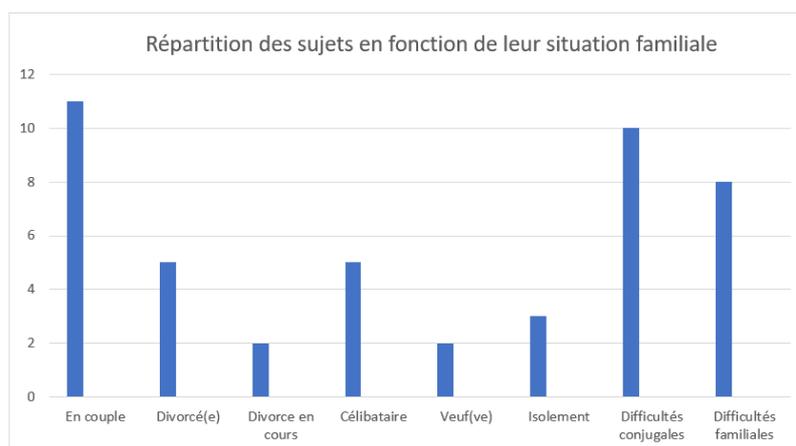
3.1.2. Données socio-démographiques

Répartition des sujets en fonction du territoire de santé



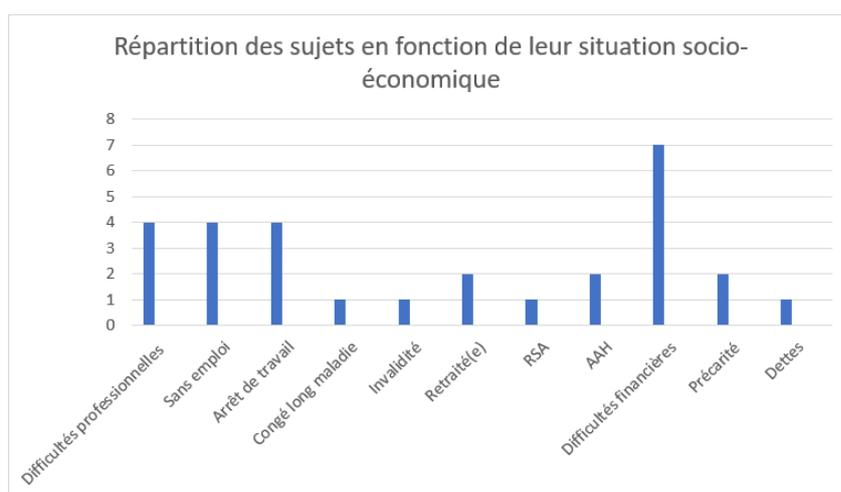
Graphique 17 . Répartition des sujets décédés par suicide en fonction du territoire de santé correspondant à leur lieu de résidence.

57% des sujets étaient domiciliés dans le territoire de santé de Rouen.



Graphique 18. Répartition des sujets décédés par suicide en fonction de leur situation familiale.

27% des sujets étaient divorcés ou en cours de divorce. Parmi les sujets célibataires ou divorcés, 7 sujets vivaient seuls. Seul 1 sujet veuf vivait seul. Des difficultés conjugales et familiales sont observées chez environ 69% des sujets.

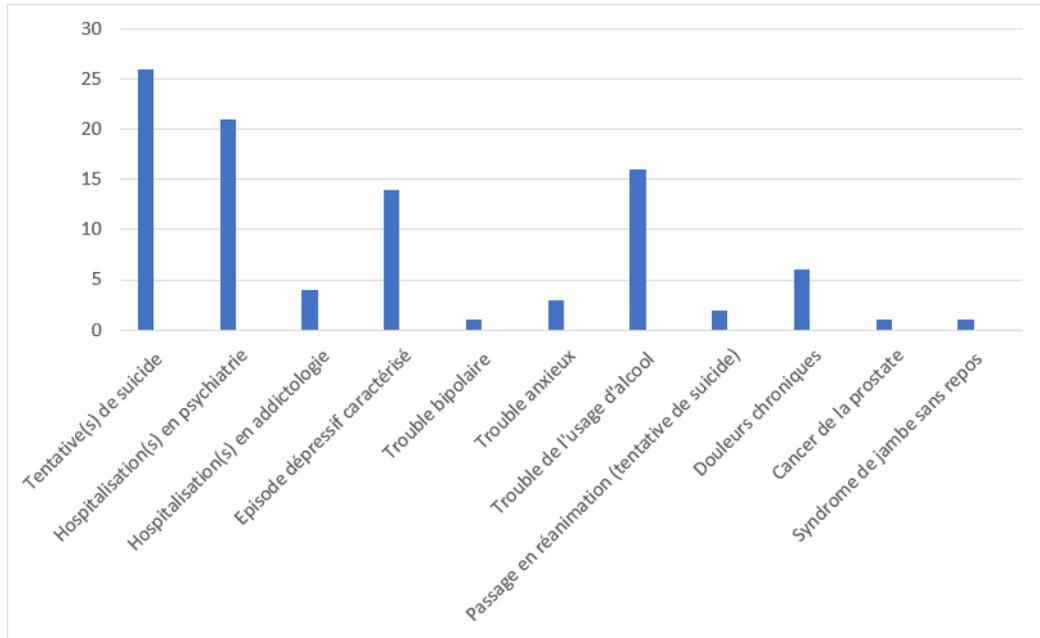


Graphique 19. Répartition des sujets décédés par suicide en fonction de leur situation socio-économique.

53% des sujets présentaient des difficultés en lien avec l'emploi (difficultés au travail, absence d'emploi, arrêt de travail, congé long maladie et invalidité) et 46% des sujets étaient sans activité professionnelle au moment du suicide. 27% des sujets présentaient des difficultés financières et 7% étaient en situation de précarité.

3.2. Données médicales

3.2.1. Antécédents médicaux



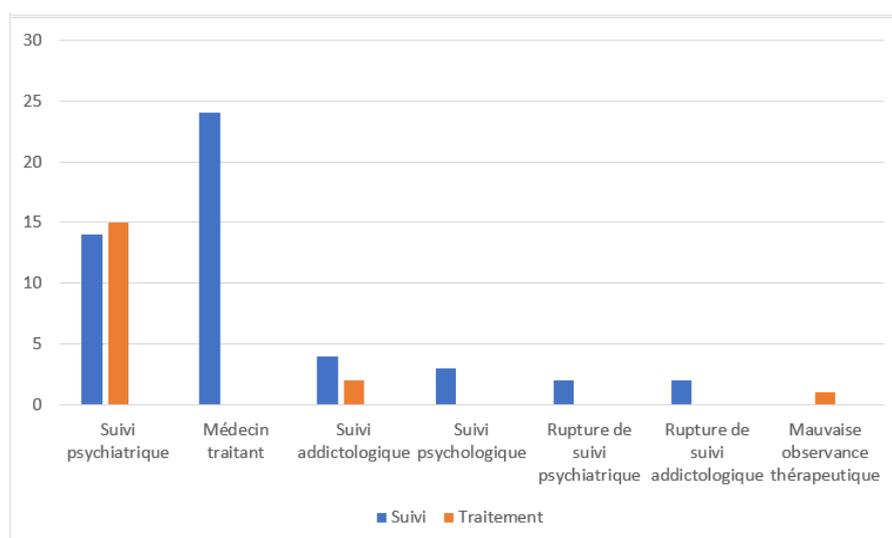
Graphique 20. Antécédents médicaux des sujets décédés par suicide.

18 sujets avaient des comorbidités psychiatriques diagnostiqués ce qui représente 69% des sujets et 80% des sujets ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.

Parmi les sujets présentant un épisode dépressif caractérisé (54% des sujets), 2 sujets ont déjà fait un Burn Out.

61% des sujets présentaient un trouble de l'usage d'alcool, parmi eux, 2 sujets présentaient un trouble de l'usage d'alcool associé à un trouble de l'usage d'opiacés sous traitement de substitution (SUBUTEX® et METHADONE®) et 1 sujet présentait un trouble de l'usage d'alcool associé à un trouble de l'usage de cannabis. Parmi les sujets ayant des douleurs chroniques, 3 étaient sous traitements morphiniques.

3.2.2. Traitements et suivi



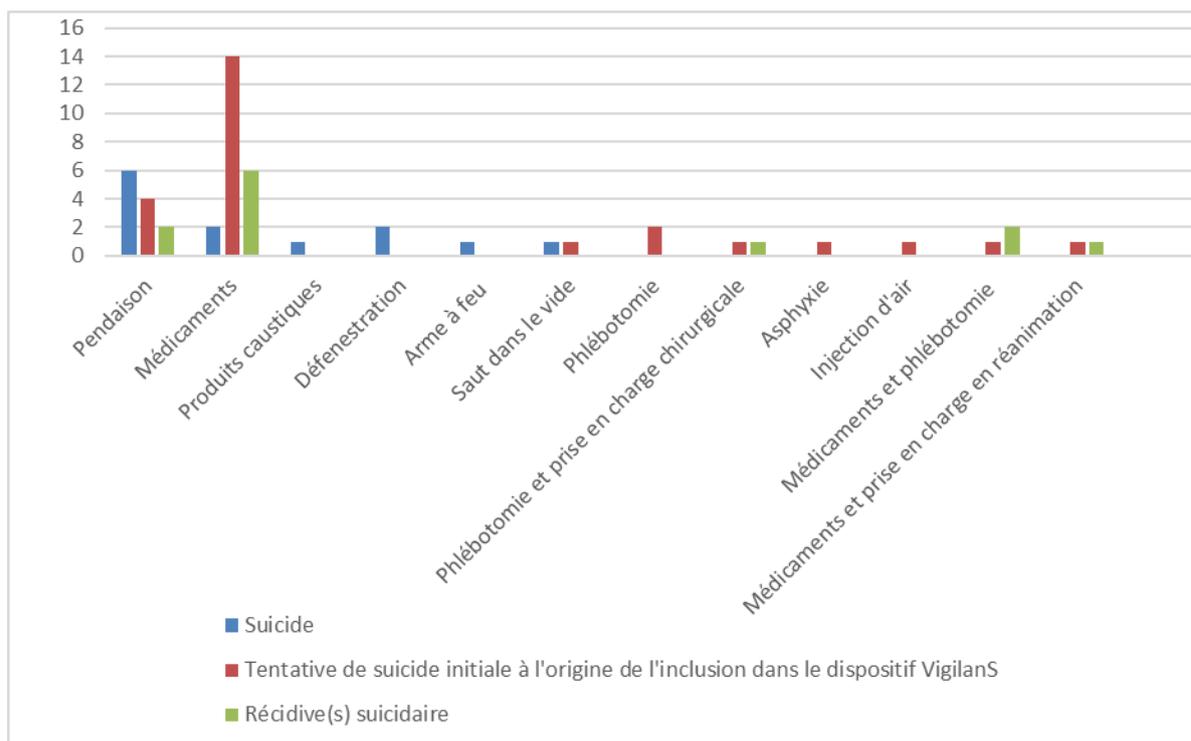
Graphique 21. Suivi et traitement de fond chez les sujets décédés par suicide.

Uniquement 53% des sujets avaient un suivi psychiatrique or tous les sujets qui se sont suicidés avaient un antécédent de tentative(s) de suicide et seulement 57% des sujets avaient un traitement psychotrope de fond (antidépresseurs, thymorégulateurs, antipsychotiques). Aucun sujet traité n'était en rupture de traitement au moment du suicide.

A noter que le suivi psychiatrique a été initié 15 jours avant le suicide chez 1 sujet dans les suites de la tentative de suicide initiale motivant l'inclusion dans le dispositif Vigilans mais le rendez-vous n'a pas été honoré par le sujet. Le suivi psychiatrique a été initié 2 mois avant le suicide chez un autre sujet. 9 sujets ont été orienté vers un suivi psychiatrique à la suite de la tentative de suicide initiale motivant l'inclusion dans le dispositif Vigilans dont 6 dans l'année du suicide, 1 un mois avant le suicide et 2 quelques jours avant le suicide. Les sujets en rupture de suivi psychiatrique ont arrêté leur suivi 1 an avant le suicide pour le 1^{er} sujet et quelques semaines avant le suicide pour le 2^{ème} sujet. Finalement, 2 sujets n'adhéraient pas au suivi psychiatrique mis en place suite à la tentative de suicide initiale, 1 sujet a refusé d'avoir un suivi psychiatrique et 2 sujets ont refusé une hospitalisation en psychiatrie suite à la tentative de suicide initiale.

3.2.3. Les modes de suicide

Le graphique 22 représente les modes de suicide utilisés par les sujets lors de leur suicide, lors de la tentative de suicide initiale à l'origine de leur inclusion dans le dispositif Vigilans et lors des récives suicidaire survenues au cours de la période de veille.



Graphique 22. Modes de suicide utilisés par les sujets lors de leur suicide, lors de la tentative de suicide initiale et lors des récives suicidaire.

Concernant le suicide, la pendaison a été utilisée chez 23% des sujets et la défenestration chez 7.6% des sujets. L'intoxication médicamenteuse volontaire a été employée également par 7.6% des sujets. Le mode de suicide n'était pas connu chez 13 sujets mais le suicide était bien à l'origine du décès selon le dossier médical. La présence d'une intoxication éthylique aigue au moment du suicide était difficile à identifier.

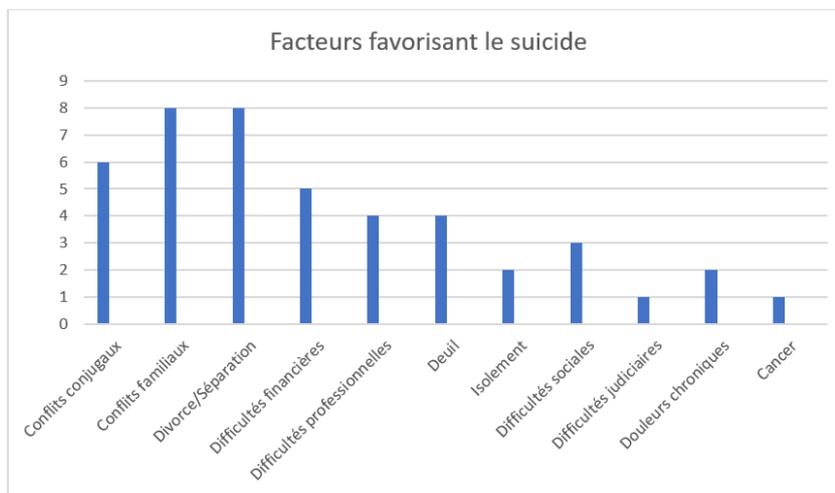
Concernant la tentative de suicide initiale à l'origine de l'inclusion dans le dispositif Vigilans, 15% des sujets ont eu recours à la pendaison et 57% des sujets ont eu recours à l'intoxication médicamenteuse volontaire. A noter que 8 sujets ont eu recours à des méthodes suicidaire très invasives (en dehors de la pendaison) et pouvant entrainer des séquelles irréversibles (saut dans le vide ayant entrainé une fracture vertébrale nécessitant

une prise en charge chirurgicale, phlébotomie ayant nécessité une prise en charge chirurgicale, phlébotomie bilatérale, ingestion de Paracétamol nécessitant une prise en charge en hépato-gastro-entérologie, ingestion de médicaments nécessitant une prise en charge en réanimation, asphyxie et injection d'air). Ainsi 12 sujets ont utilisé des méthodes suicidaires à risque léthal important lors de leur tentative de suicide initiale ce qui représente 46% des sujets.

Une intoxication éthylique aiguë était associée à la tentative de suicide initiale chez 42% des sujets.

Des récurrences suicidaires pendant la période de veille ont été constatées chez 6 sujets, parmi eux, 3 sujets ont réalisé des récurrences suicidaires graves : intoxication médicamenteuse volontaire nécessitant une prise en charge en réanimation, phlébotomie nécessitant une prise en charge chirurgicale au bloc opératoire et un remplissage vasculaire, pendaison associée à une intoxication médicamenteuse volontaire. Une intoxication éthylique aiguë y était associée chez 2 sujets.

3.2.4. Facteurs favorisant le suicide



Graphique 23. Facteurs favorisant la survenue du suicide chez les sujets inclus dans l'étude.

Les difficultés conjugales et familiales ont favorisé la survenue du suicide chez 54% des sujets, la présence d'un divorce ou d'une séparation récente a été retrouvée chez 30% des sujets. Les difficultés financières ont contribué à la survenue de 19% des suicides, les difficultés professionnelles et les situations de deuil à 15% des suicides.

3.3. Données recueillies au cours de la période de veille

Dans le tableau ci-dessus (tableau) figure les différentes données cliniques recueillies par l'équipe du dispositif Vigilans au cours de la période de veille ainsi que les dates d'inclusion et de ré-inclusion des sujets inclus dans l'étude, les dates des différents contacts (téléphoniques ou par carte postale) émis ou reçus par l'équipe du dispositif Vigilans. La date et le mode du suicide et des tentatives de suicide antérieures y figurent également ainsi que la temporalité de la survenue du suicide par rapport aux contacts avec l'équipe du dispositif Vigilans pendant la période de veille.

Sujet *	Sexe Age	Suicide (Date, mode)	Antécédents psychiatriques	Date d'inclusion	Appels émis **	Appels reçus ***	Carte postale	Eléments recueillis par l'équipe du dispositif Vigilans
1842	F 59	Entre mai et décembre 2018	H en psychiatrie EDC Trouble panique TS : 15/05/18 (Médicaments)	22/05/18	30/11/18 6M – NJ 07/12/18 6M - NJ 13/12/18 6M – NJ	Non	Non	Fille contactée à 6 mois en décembre 2018 : Annonce du suicide du sujet, survenu avant l'appel à 6M
77	M 51	20/04/17	EDC TS : 03/04/2017 (Injection d'air) 27/05/2007 (Médicaments)	04/04/17	14/04/17 J10 J21 – J 21/04/17 Soutien NJ	Non	Non	Refus des H en psychiatrie Absence d'adhésion au suivi psychiatrique Sœur du sujet contact en avril 2017 : Annonce du suicide du sujet survenu 16 jours après l'inclusion
2458	F 46	Décembre 2018	H en psychiatrie et en addictologie TS : septembre 2018 (Saut d'un pont, prise en charge chirurgicale)	08/10/18	08/04/19 6M-prévu	Non	Non	Suicide avant l'appel programmé à 6 mois et 2 mois après l'inclusion Décès du sujet annoncé par courrier médical
16	M 70	02/05/17 Arme à feu	H en psychiatrie TS : 01/03/17 (Médicaments)	17/03/17	18/09/17 6M – NJ	Non	Non	Epouse contactée à 6 mois : Suicide du sujet en mai 2017 avant l'appel programmé à 6 mois et 1.5 mois après l'inclusion
1621	M 43	Avril 2018 Saut d'un pont	H en psychiatrie TS : 31/03/18 (Asphyxie)	12/04/18	23/04/18 J10J21 - NJ 05/10/18 6M - NJ 17/10/18 6M - NJ 24/10/18 6M – NJ	23/04/18 (J10-J21)	Oui 1 carte par mois de mai à août 2018	Evènements de vie négatifs persistants Mère du sujet contacté en octobre 2018 à 6 mois : Suicide du sujet survenu en avril 2018 quelques jours après l'appel à J10-J21 et l'inclusion

Sujet *	Sexe Age	Suicide (Date, mode)	Antécédents psychiatriques	Date d'inclusion	Appels émis **	Appels reçus ***	Carte postale	Éléments recueillis par l'équipe du dispositif Vigilans
331	M 48	Entre décembre 2017 et janvier 2018	H en psychiatrie EDC TS : 30/05/17 (Médicaments)	06/06/17	16/06/17 J10J21 - J 15/12/17 6M - NJ 19/12/17 6M - NJ 27/12/17 6M - NJ	Non	Oui 1 fois par mois entre juillet et octobre 2017	Refus du suivi psychiatrique en juin 2017 Sujet retiré du dispositif de veille car injoignable à plusieurs reprises à 6 mois Suicide signalé par le médecin traitant, survenu entre 6 et 7 mois après l'inclusion
1678	M 44	Mai 2018 Pendaïson	TS : 21/04/18 (Médicaments)	21/04/18	04/05/18 J10J21 - J 06/11/18 6M - NJ	Non	Non	Evolution favorable en mai 2018 lors de l'appel à J10-J21 Suicide survenu en mai 2018 quelques jours après l'appel à J10-J21 et l'inclusion (Suicide découvert en novembre 2018)
371	F 35	13/07/17 Médicaments	H en psychiatrie et en addictologie EDC TS : 13/06/17 (Médicaments)	16/06/17	26/06/17 J10J21 - NJ 30/06/17 J10J2 - NJ 04/07/17 J10J21 - NJ 04/01/18 6M-prévu	Non	Oui 1 fois par mois entre août et novemb-re 2017	Sujet injoignable à chaque appel Suicide survenu environ 1 mois après l'inclusion , annoncé par le service de réanimation
1519	M 81	01/04/18 Ingestion d'acide sulfurique	TS : 23/03/2018 (Médicaments)	23/03/18	26/09/18 6M - NJ	Non	Non	Survenue du suicide environ 1 semaine après l'inclusion Décès annoncé par son épouse de l'appel à 6 mois
1823	M 60	18/05/18 Pendaïson	H en psychiatrie EDC - Burn out Trouble anxieux TS : 03/05/18 (Phlébotomie bilatérale)	12/05/18	12/11/18 6M-prévu	Non	Non	Survenue du suicide quelques jours après l'inclusion
679	M 61	16/11/17 Pendaïson	H en psychiatrie TS : 02/09/17 (Pendaïson)	02/09/17	02/03/2018 6M - NJ 07/03/18 6M - NJ	Non	Non	Survenue du suicide 2 mois après l'inclusion , annoncé par son épouse lors de l'appel à 6 mois
1240	M 47	05/02/18 Médicaments	H en psychiatrie TS : 03/12/17 (Pendaïson)	22/01/18	02/02/18 J10J21 - NJ 07/02/18 J10J21 - NJ	Non	Non	Sujet injoignable Epouse contactée à J10-J21, annonce du suicide du sujet survenu 2 semaines après l'inclusion
2052	F 47	14/08/18	H en psychiatrie TS : 23/06/18 (Médicaments)	03/07/18	13/07/18 J10J21 - J	06/08/18	Non	Lors des contacts téléphoniques : Persistance d'évènements de vie négatifs Suicide du sujet 1.5 mois après l'inclusion et 12 jours après un appel spontané , annoncé par sa mère

Sujet *	Sexe Age	Suicide (Date, mode)	Antécédents psychiatriques	Date d'inclusion	Appels émis **	Appels reçus ***	Carte postale	Éléments recueillis par l'équipe du dispositif Vigilans
1342	F 61	24/07/18 Défenestration	H en psychiatrie et en addictologie EDC TS : 02/02/18 (Médicaments)	14/02/18	21/02/18 Soutien-J 26/02/18 J10J21- NJ 05/03/18 J10J21-NJ 21/03/18 J10J21 -J 21/08/18 6M-prévu	20/02/18 21/02/18	Oui 1 fois par mois entre avril et juillet 2017	Idées suicidaires lors de chaque appel spontané, persistance d'événements de vie négatifs, sujet adressé au SAU Survenue du suicide 5 mois après l'inclusion , annoncé par son entourage familial
1959	M 53	15/06/18 Pendaïson	H en psychiatrie TS : 16/05/2018 (Pendaïson, scarifications)	13/06/18	En déc 18 6M-prévu	Non	Non	Survenue du suicide 2 jours après l'inclusion
358	M 43	Inconnu	H en psychiatrie Trouble bipolaire TS : 18/07/17 (Médicaments, prise en charge en réanimation) 25/06/17 (Médicaments) 19/05/17 (Médicaments)	14/06/17 1 Ré- inclusion : 13/07/17 Récidive le 18/07/17 mais pas de ré- inclusion	21/07/17 J10J21-NJ 26/01/18 6M-prévu	Non	Non	Sujet injoignable à chaque appel Epouse contactée, ne souhaite pas d'inclusion dans le dispositif Date du suicide inconnue mais survenue avant l'appel à 6 mois
2119	M 56	14/08/18	H en psychiatrie TS : 13/07/18 (Médicaments)	16/07/18	26/07/18 J10J21 – J 25/01/19 6M-prévu	Non	Non	Evolution favorable lors du contact téléphonique à J10J21 Suicide du sujet survenu 1 mois après l'inclusion , annoncé par sa mère
380	M 55	Décembre 2017	H en psychiatrie H en réanimation suite à une TS TS : 18/06/2017 (Médicaments et prise en charge en réanimation)	19/06/17	29/06/17 J10J21 – J 19/12/17 6M - NJ 22/12/17 6M – NJ	Non	Non	Evolution favorable lors du contact téléphonique à J10J21 Suicide du sujet survenu à 6 mois de l'inclusion , annoncé par son médecin traitant
2071	F 17	02/02/19 Défenestration à l'hôpital	H en psychiatrie EDC TS : Février 2019 (Médicaments) 30/10/2018 (Médicaments) 26/06/2018 (Médicaments Paracétamol, H en HGE)	06/07/18 1 Ré- inclusion : 16/11/18	16/07/18 J10J21-NJ 20/07/18 J10J21-NJ 25/07/18 J10J21-NJ 31/07/18 J10J21-NJ 27/11/18 J10J21-NJ 27/11/18 J10J21-J 11/01/19 Soutien-J 05/2019 6M-prévu	11/07/18 11/01/19	Oui Erreur Adresse	Sujet difficilement joignable, mère contactée à plusieurs reprises Idées suicidaires lors des appels, angoisses, sujet adressé au SAU Survenu du suicide lors d'une hospitalisation aux urgences dans le cadre d'une récurrence suicidaire (médicaments) 2.5 mois après la dernière inclusion et 3 semaines après l'appel de soutien
3599	F 61	20/06/19	EDC TS : 13/06/2019 (Médicaments)	13/06/19	Non	Non	Non	Survenue du suicide 7 jours après l'inclusion

Sujet *	Sexe Age	Suicide (Date, mode)	Antécédents psychiatriques	Date d'inclusion	Appels émis **	Appels reçus ***	Carte postale	Eléments recueillis par l'équipe du dispositif Vigilans
10	F 55	10/05/18	H en psychiatrie EDC TS : 24/10/2017 (Médicaments et phlébotomie, prise en charge chirurgicale, remplissage vasculaire) 14/03/2017 (Phlébotomie)	17/03/17 1 Ré-inclusion : 06/11/17	27/03/17 J10J21 – J 03/10/17 6M - J 16/11/17 J10J21- J 06/06/18 6M – NJ	Non	Oui 1 fois par mois (Mai--> août 2017) et (Novembre 2017 --> février 2018)	Refus de l'H en psychiatrie après la TS initiale Lors des contacts téléphoniques : Persistance d'évènements de vie négatifs Survenue du suicide 1 mois avant l'appel programmé à 6 mois et 5 mois après la ré-inclusion
1972	M 48	11/03/19 Pendaïson	H en psychiatrie EDC TS : 07/02/2019 (Médicaments) 20/12/2018 (Pendaïson, médicaments) 18/12/2018 (Pendaïson et médicaments, prise en charge en réanimation) 16/06/2018 (Médicaments)	17/06/18 2 Ré-inclusions : 18/01/19 25/02/19	14/12/18 6M – NJ 21/12/18 6M - J 28/01/19 J10J21-NJ 01/02/19 J10J21-NJ 05/02/19 J10J21-J 06/02/19 Soutien-J 06/03/19 J10J21-NJ 13/03/19 J10J21 prévu	Non	Oui Février 2019	1ère Récidive suicidaire à 6 mois de la tentative de suicide initiale 2ème récidive suicidaire quelques jours après la 1ère récidive suicidaire Lors des contacts téléphoniques : Idées suicidaires, évènements de vie négatifs Survenue du suicide 5 jours après l'appel programmé à J10J21 pour la 3ème récidive suicidaire et trois semaines après la dernière hospitalisation et inclusion
3586	M 41	12/07/19	H en psychiatrie EDC, Burn out TS : 07/06/2019 (Pendaïson)	14/06/19	24/06/19 J10J21 – J 27/06/19 J10J21-NJ 04/07/19 J10J21-NJ 08/07/19 J10J21-NJ 16/07/19 6M-prévu	Non	Oui Juillet 2019	Sujet difficilement joignable Survenue du suicide du sujet environ 1 mois après l'inclusion, annoncé par le médecin traitant
2662	M 61	08/04/19	EDC TS : 30/11/2018 (Phlébotomie, prise en charge chirurgicale)	30/11/18	10/12/18 J10J21-J 10/06/19 6M-prévu	Non	Oui 1 fois par mois entre décembre 2018 et mars 2019	Suivi psychiatrique mis en place suite à la TS initiale non honoré Evolution favorable lors de l'appel à J10J21 Survenue du suicide environ 3 mois après l'inclusion
2644	M 36	01/02/19	H en psychiatrie et en addictologie EDC TS : 09/12/2018 (Médicaments et phlébotomie) 03/11/2018 (Médicaments et phlébotomie)	27/11/18	23/05/19 6M – NJ	Non	Non	Récidive suicidaire un mois après la tentative de suicide initiale mais oubli de ré-inclusion Survenue du suicide 3 mois après la tentative de suicide initiale, environ 2 mois après la récidive suicidaire et 3 mois avant l'appel programmé à 6 mois
1179	M 41	01/05/19 Pendaïson	H psychiatrie EDC TS : 14/04/2019 (Médicaments) 07/10/2018 (Médicaments, Phlébotomie) 01/01/2018 (Médicaments)	12/01/18 2 Ré-inclusions : 15/10/18 25/04/19	10/07/18 6M – NJ 17/07/18 6M - J 26/10/18 J10J21 -J 26/04/19 J10J21 -J 28/10/19 6M-prévu	Non	Oui 1 fois par mois de Novembre 2018 à février 2019	Lors des contacts téléphoniques après la 1ère récidive suicidaire : Persistance d'évènements de vie négatifs Survenue du suicide 6 jours après la dernière inclusion et l'appel à J10J21, suicide annoncé par le psychiatre du sujet

Tableau 11. Données recueillies par l'équipe du dispositif Vigilans concernant les sujets inclus dans l'étude.

Légende : * Numéro de la fiche d'inclusion Vigilans. ** Appels émis par l'équipe du dispositif Vigilans. ***Appels reçus par l'équipe du dispositif Vigilans (de la part du sujet) 6M= 6 mois J=Joignable NJ= Non Joignable

Parmi les sujets inclus dans l'étude, 9 sujets étaient primo-suicidants à leur inclusion et bénéficiaient uniquement d'un appel à 6 mois de la tentative de suicide initiale. Les autres sujets bénéficiaient d'un appel téléphonique à J10-J21 de la tentative de suicide initiale.

9 sujets étaient injoignables à chaque contact téléphonique et 6 sujets étaient difficilement joignables.

Le suicide est survenu avant l'appel programmé à 6 mois de l'inclusion/ré-inclusion chez 24 sujets, à 6 mois de l'inclusion chez 1 sujet et entre 6 et 7 mois après l'inclusion chez 1 sujet.

Chez les sujets primo-suicidants à l'inclusion et ayant bénéficié d'une seule inclusion dans le dispositif Vigilans (8 sujets), le suicide est survenu 2 jours après l'inclusion chez 1 sujet, dans les jours qui ont suivi l'inclusion chez 1 sujet, 7 jours après l'inclusion chez 2 sujets, 1 mois et demi après l'inclusion chez 1 sujet, 2 mois après l'inclusion chez 2 sujets et 3 mois après l'inclusion chez 1 sujet. Le suicide est ainsi survenu dans les 3 premiers mois après l'inclusion chez tous ces sujets qui avaient uniquement un appel programmé à 6 mois de la tentative de suicide initiale et dans le 1^{er} mois après la tentative de suicide initiale chez 5 de ces sujets.

Chez les sujets primo-suicidants à l'inclusion et qui ont récidivé au cours de la période de veille (2 sujets), le suicide est survenu 6 jours après la dernière inclusion chez 1 sujet et 3 semaines après la dernière inclusion chez l'autre sujet.

Chez les sujets qui n'étaient pas primo-suicidants à l'inclusion et qui ont été inclus uniquement une fois dans le dispositif (12 sujets), le suicide est survenu quelques jours après l'inclusion chez 2 sujets, 2 semaines après l'inclusion chez 2 sujets, 1 mois après l'inclusion chez 3 sujets, 1.5 mois après l'inclusion chez 1 sujet, 3 mois après l'inclusion chez 1 sujet, 5 mois après l'inclusion chez 1 sujet et à 6-7 mois de l'inclusion chez 2 sujets. Le suicide est ainsi survenu dans les 3 premiers mois après l'inclusion chez 9 sujets et dans le 1^{er} mois après l'inclusion chez 7 sujets.

Chez les sujets qui n'étaient pas primo-suicidants à l'inclusion et qui ont été réinclus au cours de la période de veille (3 sujets), le suicide est survenu 2.5 mois après la dernière ré-inclusion chez 1 sujet et 5 mois après la dernière ré-inclusion chez 1 autre sujet.

A noter que la présence ou non d'antécédents de tentative de suicide n'était pas connu chez 1 sujet à son inclusion et ce dernier s'est suicidé dans les jours qui ont suivi son inclusion.

Des appels de soutien ont été planifiés chez 4 sujets ; le suicide est survenu entre 3 semaines et 1 mois après l'appel de soutien chez 2 de ces sujets.

4 sujets ont émis des appels spontanés ; le suicide est survenu 12 jours après l'appel spontané chez 1 sujet et 1 mois après l'appel spontané chez 1 sujet.

Seulement 10 sujets (38%) ont reçu des cartes postales et l'envoi des cartes postales n'était pas corrélé aux antécédents du sujet et au risque de récurrence suicidaire.

Les proches de 12 sujets ont été contactés car le sujet était difficilement joignable et chez 3 de ces sujets, le contact avec les proches avait pour objectif de mieux évaluer la situation clinique du sujet et le risque suicidaire.

1 sujet ainsi que son entourage familial n'adhéraient pas au dispositif Vigilans et ne souhaitaient pas être inclus, 1 sujet a été retiré du dispositif de veille à 6 mois car il était injoignable et 1 oubli de ré-inclusion a eu lieu pour 1 sujet.

Le questionnaire à 6 mois a été rempli pour 3 sujets par l'équipe infirmière du dispositif Vigilans mais sans la passation de l'échelle de Columbia. (63) (Annexes 10 et 11)

4. Discussion

Les différentes données épidémiologiques recueillies au cours de cette étude concordent avec les données retrouvées habituellement dans la littérature. (8) (15) (16) En effet, on retrouve une surreprésentation masculine parmi les sujets qui se sont suicidés (2/3 de sujets de sexe masculin, 1/3 de sujets de sexe féminin) qui est décrite généralement dans les études antérieures. Il y avait plus de sujets dans la tranche d'âge 55-64 ans ce qui correspond à la tranche d'âge la plus impactée par le décès par suicide en France.

Sur le plan des comorbidités psychiatriques et addictologiques, on retrouve une prévalence élevée de troubles de l'humeur (57%) et de trouble de l'usage d'alcool (61%). Ceci

correspond aux comorbidités retrouvées habituellement sur le plan national chez les personnes décédées par suicide. Cependant, seulement 53 % des sujets avaient un suivi psychiatrique et 57% avaient un traitement psychotrope de fond or 100% des sujets avaient un antécédent de tentative de suicide et 80% des sujets ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.

Concernant les facteurs environnementaux, 46% des sujets étaient sans activité professionnelle au moment du suicide, 27% des sujets étaient divorcés ou en cours de divorce, 69% des sujets avaient des difficultés conjugales ou familiales et 27% des sujets avaient des difficultés financières au moment du suicide.

Concernant les modes suicidaires employés par les sujets lors de l'inclusion dans le dispositif Vigilans, on constate une prévalence élevée de gestes suicidaires graves ayant un taux de létalité important ou pouvant entraîner des séquelles irréversibles (pendaison, asphyxie, phlébotomie nécessitant une prise en charge chirurgicale, phlébotomie bilatérale, intoxication médicamenteuse volontaire nécessitant une prise en charge en réanimation ou en hépato-gastro-entérologie, ingestion de produits caustiques, saut dans le vide/défenestration, arme à feu, injection d'air), ces modes suicidaires graves sont à l'origine de 42% des suicides survenus, 46% des tentatives de suicide initiales et 50% des récurrences suicidaires survenues au cours de la période de veille. Or habituellement l'ensemble de ces modes suicidaires représentent entre 5 et 7% des tentatives de suicide (répartition des tentatives de suicide en 2017 selon le codage CIM au niveau du territoire de santé de Rouen). Ainsi la gravité de la tentative de suicide initiale ou de la récurrence suicidaire pourrait conditionner le pronostic du sujet et refléter l'intentionnalité suicidaire et le risque de récurrence suicidaire.

Concernant les modalités du dispositif Vigilans, on constate que 77% des suicides sont survenus dans les 3 premiers après l'inclusion ou la ré-inclusion et que 53% des suicides sont survenus dans le premier mois après l'inclusion ou la ré-inclusion. Chez tous les sujets primo-suicidants ayant été inclus uniquement une fois dans le dispositif, le suicide est survenu avant l'appel programmé à 6 mois et dans les 3 mois après l'inclusion, or ces sujets bénéficiaient uniquement d'un contact téléphonique à 6 mois. Ces résultats sont ainsi compatibles avec la durée habituelle d'une situation de crise suicidaire qui est de 6 à 8 semaines d'autant plus que la plupart des sujets ayant effectué une tentative de suicide

n'ont pas accès à un relais de soins opérant après le geste suicidaire alors qu'ils sont en situation de détresse psychologique.

Ainsi, l'ensemble des résultats retrouvés dans cette étude s'ils devaient se confirmer pourrait permettre de définir un groupe de sujets à Haut Risque de Suicide. Il s'agit de sujets présentant des comorbidités psychiatriques (notamment des troubles de l'humeur) et addictologiques (notamment un trouble de l'usage d'alcool) sans suivi psychiatrique et sans traitement de fond adapté, ayant des difficultés professionnelles, familiales, conjugales et financières et qui ont déjà effectué des gestes suicidaires graves.

Par conséquent, il pourrait être intéressant de repérer ces sujets à Haut Risque de Suicide dès leur inclusion dans le dispositif Vigilans, consigner leur statut Haut Risque dans le dossier médical et de leur proposer un suivi très rapproché pendant une période de 3 mois après leur inclusion/ré-inclusion qui correspond à la période où le plus de suicides ont été recensés dans cette étude.

Le suivi rapproché devrait comporter un contact téléphonique avec le sujet rapidement après son inclusion dans le dispositif Vigilans notamment s'il s'agit d'un sujet primo-suicidant, des contacts téléphoniques réguliers et peu espacés avec le sujet, des contacts téléphoniques avec les proches des sujets pour s'assurer de son évolution clinique favorable, la mise en place d'un programme de soins personnalisé via une équipe mobile de « Vigilanseurs » avec des visites à domicile de la part des infirmiers du dispositif Vigilans voire la mise en place d'un case manager ou d'un intervenant pivot pour améliorer l'accès aux soins et l'observance thérapeutique. Il faut également améliorer le relais de soins chez ces sujets qui est actuellement non opérant en les orientant vers des interlocuteurs médicaux et paramédicaux définis à l'avance et qui travaillent en coordination avec l'équipe du dispositif Vigilans.

Devant l'efficacité démontrée dans la littérature d'un traitement thymorégulateur par LITHIUM sur le risque suicidaire chez des sujets présentant un trouble de l'humeur unipolaire ou bipolaire (64), il pourrait être intéressant de réfléchir à la mise en place d'un traitement par LITHIUM à visée anti-suicidaire chez les sujets à Haut Risque de Suicide dès leur inclusion dans le dispositif Vigilans. La mise en place de traitements anti-impulsifs tel que des neuroleptiques atypiques pourrait également être envisagée dans

l'objectif de diminuer l'impulsivité retrouvée fréquemment dans les situations de crise suicidaire.

Par ailleurs, il paraît important de proposer des contacts téléphoniques intermédiaires entre l'appel à J10-J21 et l'appel à 6 mois pour tous les sujets inclus quel que soit la gravité du geste suicidaire, d'avancer la date des appels pour les sujets primo-suicidants (par ex à J10-J21) et de fixer un appel systématique à 3 mois pour tous les sujets inclus dans le dispositif quel que soit leur statut l'inclusion.

D'autres mesures peuvent également être envisagées tel que l'envoi systématique de cartes postales quel que soit la gravité du geste suicidaire, la mise en place d'autres moyens de communication plus innovants tel que l'envoi de SMS ou la mise en place d'une application téléphonique.

A noter qu'une meilleure coordination des soins avec les équipes des SU et les structures extrahospitalières et une sensibilisation des médecins généralistes et des psychiatres libéraux au dispositif Vigilans avec des possibilités d'inclusion de leurs patients dans le dispositif depuis les structures libérales peuvent également être proposées.

Finalement, malgré la petite taille de l'échantillon étudié, la probable présence de biais de sélection et de perdus de vue rendant difficile l'extrapolation des résultats retrouvés, une tendance clinique qui mérite d'être approfondi est perçue à travers les résultats de cette étude. Il paraît donc intéressant de mutualiser les données du dispositif Vigilans déployé dans les départements de l'Eure et de la Seine Maritime avec les données des autres dispositifs Vigilans déployés au niveau national dans l'objectif d'augmenter la taille de l'échantillon, la puissance de l'étude et de consolider les résultats retrouvés.

CONCLUSION

Le suicide demeure un enjeu majeur des politiques de santé publique en France et dans le reste du monde. (1) (8)

Les données épidémiologiques actuelles indiquent une diminution légère du nombre de suicide et de tentatives de suicide en France mais des disparités persistent au niveau géographique et socio-professionnel malgré les différentes mesures de prévention et de soins mises en place ; ceci semble être en lien avec une faible offre de soins dans certains territoires dont la Normandie. (15) (16) (19)

Le dispositif Vigilans qui est un dispositif de prévention secondaire permettant d'établir des contacts téléphoniques et par voie postale avec des individus ayant réalisé une tentative de suicide a démontré son efficacité sur la réduction du nombre de suicide et de tentatives de suicide dans le département du Nord Pas de Calais. (62) Cependant des suicides et des récurrences suicidaires y compris graves ont été recensés chez des individus inclus dans le dispositif.

A travers l'étude présentée dans ce travail de thèse, basée sur un modèle d'autopsie psychologique (47), dont l'objectif était d'étudier les différents facteurs pouvant expliquer la survenue de suicide chez des sujets inclus dans le dispositif Vigilans, des recommandations ainsi que des pistes de réflexion ont pu être mises en évidence dans l'objectif d'améliorer le dispositif et de diminuer le nombre de suicides et de récurrences suicidaires.

Ainsi, la définition d'un groupe de sujet à Haut Risque de Suicide dès l'inclusion dans le dispositif Vigilans paraît intéressant à mettre en place dans l'objectif de proposer un suivi rapproché et personnalisé à ces sujets, d'améliorer leur accès aux soins et de leur proposer une prise en charge thérapeutique adaptée.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ONS, Observatoire National du Suicide. Site web : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/>
2. ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (nouvelle appellation : HAS, Haute Autorité de Santé). Conférence de consensus. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. Amphithéâtre Charcot, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Paris, 19 et 20 octobre 2000. Disponible en ligne.
<https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
3. Vigilans. Site web : <http://dispositifvigilans.org/>
4. Seguin M, Lafleur C, Terra JL. Intervention en situation de crise suicidaire. Coédition PUL; Juin 2008, 122 p.
5. Walter M, Tokpanou I. Identification et évaluation de la crise suicidaire. Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique. Mars 2003; 161 (2): 173-178. Disponible en ligne.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000344870300026X>
6. Edwards MJ, Holden RR. Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. Journal of Clinical Psychology. Décembre 2001; 57 (12): 1517-1534. Disponible en ligne.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.1114>
7. Vandevoorde J. Revealing three psychological states before an acting out in 32 patients hospitalized for suicide attempt. L'Encéphale. Septembre 2013; 39 (4): 265-270. Disponible en ligne.
<https://europepmc.org/abstract/med/23587627>
8. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide: L'état d'urgence mondiale. 2014. Disponible en ligne.
https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
9. Durkheim É. Le suicide: Etude de sociologie. Paris. Edition Puf ; Janvier 2013, 468 p.
10. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Données et statistiques sur le suicide. Site web: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
11. Ministre des solidarités et de la santé. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Page 288-289. Disponible en ligne.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>
12. Eurostat. Site web : <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tps00122>
13. Infosuicide.org. Site web : <https://www.infosuicide.org/>
14. Cépi-Dc Inserm. Données de mortalité. Site web: <https://www.cepidc.inserm.fr/>

15. ONS, Observatoire Nationale du Suicide. Suicide: Etat des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Premier rapport. Novembre 2014. Disponible en ligne.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

16. ONS, Observatoire Nationale du Suicide. Suicide: Connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. Deuxième rapport. Février 2016. Disponible en ligne.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

17. ONS, Observatoire Nationale du Suicide. Suicide: Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Troisième rapport. Février 2018. Disponible en ligne.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

18. INSEE, Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
Site web : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1166/>

19. OR2S, Observatoire Régional de la Santé et du Social. Le suicide en Normandie. Septembre 2016. Disponible en ligne.
http://www.or2s.fr/images/Suicide/2016_Suicide_Normandie.pdf

20. Chastang F, Caillard V. Le geste suicidaire. Paris. Editeur : Masson ; Mars 2010, 376 p.

21. InVS, Institut National de Veille Sanitaire. Site web : <http://invs.santepubliquefrance.fr/>

22. Réseau OSCOUR ®. Site web : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Veille-et-alerte/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R/Reseau-OSCOUR-R>

23. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Site web : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/>

24. Robert M., Léon C., Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine: résultats du Baromètre santé 2014. Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2016: 8p. Disponible en ligne.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/20000.pdf>

25. Léon C., Chan-Chee C., Du Roscoät E. Baromètre de santé publique France 2017: Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018: 24p. Disponible en ligne.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_1.pdf

26. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 : Résultats du Baromètre santé 2010. Santé Publique France, Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2012. Disponible en ligne. Diaporama.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp#suicide>

27. Lopez-Castroman J, Olié E, Courtet P. Stress and Vulnerability: A developing model for suicidal risk. *Suicide: Phenomenology and Neurobiology*. Octobre 2014; 87-100. Disponible en ligne.

https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-09964-4_5

28. Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Stanley B et al. Toward a Biosignature for Suicide. *The American Journal of Psychiatry*. Décembre 2014; 171 (12): 1259-1277. Disponible en ligne.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.2014.14020194>

29. Cottraux J. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs. Collection Scientifique Survector ; 1985, 76 p.

30. Terra JL. Intervenir auprès d'une personne en crise suicidaire. 2015. Disponible en ligne.

spiralconnect.univ-lyon1.fr/spiral-files/download?mode=inline&data=4306449

31. Vandevoorde J. Psychopathologie du suicide. Editeur : Dunod; 2013, 160 p.

32. Batt A. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. 2007. Disponible en ligne.

<https://www.em-consulte.com/en/article/64972>

33. Terra JL. Prévenir le suicide : repérer et agir. *Actualité et dossier en santé publique*. Décembre 2003. Disponible en ligne

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp?clef=86>

34. Rabord M. Les programmes de prévention. *Actualité et dossier en santé publique*. Décembre 2003. Disponible en ligne.

http://mediatheque.lecrips.net/index.php?lvl=bulletin_display&id=9113

35. Lavoie M., Cardinal L., Chapdelaine A., St-Laurent D. L'état d'entreposage des armes à feu au domicile au Québec. *Maladies chroniques au Canada*. 2001. Disponible en ligne.

http://www.crise.ca/fr/mb_pub_details.asp?section=membres&no_pub=190&usager=&conf_pub=publication

36. Hawton K., Van Heeringen K. Suicide. *The Lancet*. Avril 2009; 373 (9672): 1372-1381. Disponible en ligne.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19376453>

37. Vaiva G., Debien C. Rapport Evaluation Vigilans. Février 2017.

38. Vaiva G. Associer les types de recontact du suicidant pour élargir la cible de prévention. *European Psychiatry*, Novembre 2015; 30 (S8): 68–69

[https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338\(15\)00507-6/fulltext](https://www.europsy-journal.com/article/S0924-9338(15)00507-6/fulltext)

39. Duhem S., Debien C., Walter M., Vaiva G et al. Combining brief contact interventions (BCI) into a decision-making algorithm to reduce suicide reattempt: the Vigilans study protocol. *British Medical Journal*. 2018; 8 (10): 1
<https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e022762>
40. Merchi M. Agence Régionale de Santé Normandie. Le Projet Vigilans en Normandie. Décembre 2015.
41. ARS, Agence Régionale de Santé, Normandie. Le Projet régional de santé de Haute-Normandie. Février 2017. Disponible en ligne.
<https://www.normandie.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-de-haute-normandie>
42. Ministre des solidarités et de la santé. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. 2011. Disponible en ligne.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014-2.pdf
43. Ministre des solidarités et de de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. 2012. Disponible en ligne.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>
44. ARS, Agence Régionale de Santé, Normandie.
Site web: <https://www.normandie.ars.sante.fr/>
45. ARS, Agence Régional de Santé Normandie. Comité de Pilotage (COFIL) régional de prévention du suicide en Normandie. 2017. Disponible en ligne.
https://www.normandie.ars.sante.fr/index.php/system/files/201811/EXE%20RAPPORT%20ARS%202018_V9_reliure12mm.pdf
46. Fouldrin G. Déclinaison normande du projet Vigilans. 2015.
47. INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Rapport. Paris : Les éditions Inserm ; 2005. Disponible en ligne.
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/62>
48. INSERM, Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Autopsie Psychologique : Mise en œuvre et démarches associées. Rapport. Paris : Les éditions Inserm ; 2008. Disponible en ligne.
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/79>

49. E.Tsismetsä. Psychological autopsy studies – A review. *European Psychiatry*. Novembre 2001; 16 (7): 379-385. Disponible en ligne.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11728849>
50. Younger SC, Clark DC, Oehmig-Lindroth R, Stein RJ. Availability of knowledgeable informants for a psychological autopsy study of suicides committed by elderly people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1990; 38: 1169-1175. Disponible en ligne.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.15325415.1990.tb01494.x?sid=nlm%3Apubmed>
51. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised (DSM III-R), 1983 ; Fourth Edition (DSM IV), 1994 ; Fourth Edition Text Revision (DSM IV-TR), 2000 ; Fifth Edition (DSM 5), 2013.*
52. Spitzer RL., Williams JB., Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*. 1992; 49: 624-649
53. Spitzer RL., Williams JB., Gibbon M. *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis II, Self Reported (SCID – II – SR)*. American Psychiatric Press. 1997
54. Lesage AD., Boyer R., Grunberg F., Vanier C et al. Suicide and mental disorders : a case-control study of young men. *American Journal of Psychiatry*. 1994; 151: 1063-1068. Disponible en ligne.
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.151.7.1063>
55. Turecki G., Zhu J., Lesage A., Seguin M et al. TPH and suicidal behavior: A study in suicide completers. *Molecular Psychiatry*. 2001; 6: 98-102. Disponible en ligne.
<https://www.nature.com/articles/4000816?proof=true&draft=journal>
56. Brent DA. The psychological autopsy method : methodological considerations for the study of adolescent suicide. *Suicide and Life-Threat Behavior*. 1989; 19: 43-57. Disponible en ligne.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943278X.1989.tb00365.x?sid=nlm%3Apubmed>
57. Seguin M. Trajectoire de vie et résilience des personnes suicidaires. *Revue Frontières*. 1999; 12: 11-16.
<https://www.frontieres.org/>
58. Caspi A., Moffitt T., Thornton A. The life history calendar : A research and clinical assessment method for collecting retrospective event-history data. *International Journal of*

- Methods in Psychiatric Research. 1996; 6: 101-114. Disponible en ligne.
https://www.researchgate.net/publication/232573300_The_Life_History_Calendar_-_A_research_and_clinical_assessment_method_for_collecting_retrospective_event-history_data
59. Bifulco A., Bernazzani O., Moran PM., Ball C. Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2000; 35: 264-275. Disponible en ligne.
<https://link.springer.com/article/10.1007/s001270050238>
60. Beskow J., Runeson B., Asgard U. Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide and Life-Threat Behavior*. 1990; 20: 307-323. Disponible en ligne.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943278X.1990.tb00219.x?sid=nlm%3Apubmed>
61. Phillips M. R., Yang G., Zhang Y., Wang L et al. Risk factors for suicide in China: A national case-control psychological autopsy study. *The Lancet*. 2002; 360: 1728–1736. Disponible en ligne.
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)11681-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)11681-3/fulltext)
62. Vaiva G., Plancke L., Debien C., Amariei A et al. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas de Calais depuis l’implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*. Janvier 2019; 45 (S1): 22-26. Disponible en ligne.
<https://www.em-consulte.com/en/article/1259285>
63. Posner K., Brent D., Lucas C., Oquendo M. Echelle d'évaluation de Columbia sur la gravité du risque suicidaire (C-SSRS). Columbia University Medical Center. 2009. Disponible en ligne.
https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2016/01/C-SSRS-SinceLastVisit_FR_20160111_CBY.pdf
64. Cipriani A., Hawton K., Stockton S., Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*. Juin 2013. Disponible en ligne.
<https://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f3646.full.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Epidémiologie – Définitions et méthodes utilisés

Pour disposer d'une stabilité statistique suffisante, les différents indicateurs présentés ci-dessus sont calculés sur des périodes d'amplitude variable en fonction du niveau géographique considéré ou du détail par âge. Des chiffres différents peuvent être présentés pour un même indicateur pour la France et la région du fait qu'ils ne font pas référence à la même période.

Hormis les taux présentés par tranche d'âge quinquennale qui sont des taux bruts, ceux calculés par grands groupes d'âge (15-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus) ou pour tous âges sont des taux standardisés. Lorsqu'une surmortalité ou une sous-mortalité est mentionnée, elle repose sur une différence significative entre le taux standardisé observé sur un territoire donné et celui de la France hexagonale.

Taux standardisés

Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population d'une zone donnée. Cet indicateur ne permet pas de comparer la mortalité sur des territoires caractérisés par des structures par âge ou par genre différentes. Pour pallier cette situation, les taux de mortalité doivent être standardisés sur la structure par âge d'une population de référence (ici la population de la France hexagonale au RP 2006) et peuvent être présentés par genre. Les comparaisons entre plusieurs périodes, suivant le genre ou entre deux territoires sont ainsi possibles.

La population utilisée pour le calcul des taux par âge et genre des territoires étudiés est une population estimée au 1er juillet de chaque année. Ces estimations s'appuient sur les données des recensements de 1975, 1982, 1990, 1999 et de 2006 à 2015 ; ainsi que sur les données de naissances vivantes, des décès d'enfants de moins de 1 an survenus une année donnée « a » parmi les personnes nées cette même année « a » et enfin des quotients de mortalité (France hexagonale).

Test de significativité

Afin d'affirmer l'existence d'une différence de mortalité significative entre une zone donnée et la France hexagonale, entre deux périodes ou entre hommes et femmes, des tests de significativité sont réalisés. Le test, qui consiste à comparer deux taux standardisés, est

fondé sur la loi normale avec un seuil de significativité retenu de 5 % pour les textes et les graphiques et entre 5 et 10% pour les cartographies. La significativité prend en compte la taille des populations, ce qui explique par exemple que certains territoires peuvent avoir un test non significatif par rapport à la France alors que leurs taux sont plus élevés que ceux d'autres territoires qui enregistrent pourtant un test significatif.

Certificats de décès

La codification des certificats de décès est une mission du Cépi-Dc de l'Inserm. Elle a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10) remplaçant la neuvième révision (CIM 9) utilisée depuis 1979. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage et donc de l'interprétation des causes de décès. Toutefois, ces changements n'ont pas provoqué de rupture de séries pour les décès par suicide, ce qui permet ainsi le suivi dans le temps, y compris dans le passage de la CIM 9 à la CIM10.

Limites quant à la certification d'un décès comme étant un suicide

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide, dont une partie peut se trouver notamment parmi les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical sur lequel doit figurer la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

Annexe 2 : Mortalité par suicide en France entière de 2000 à 2015 selon les catégories d'âge et de sexe.

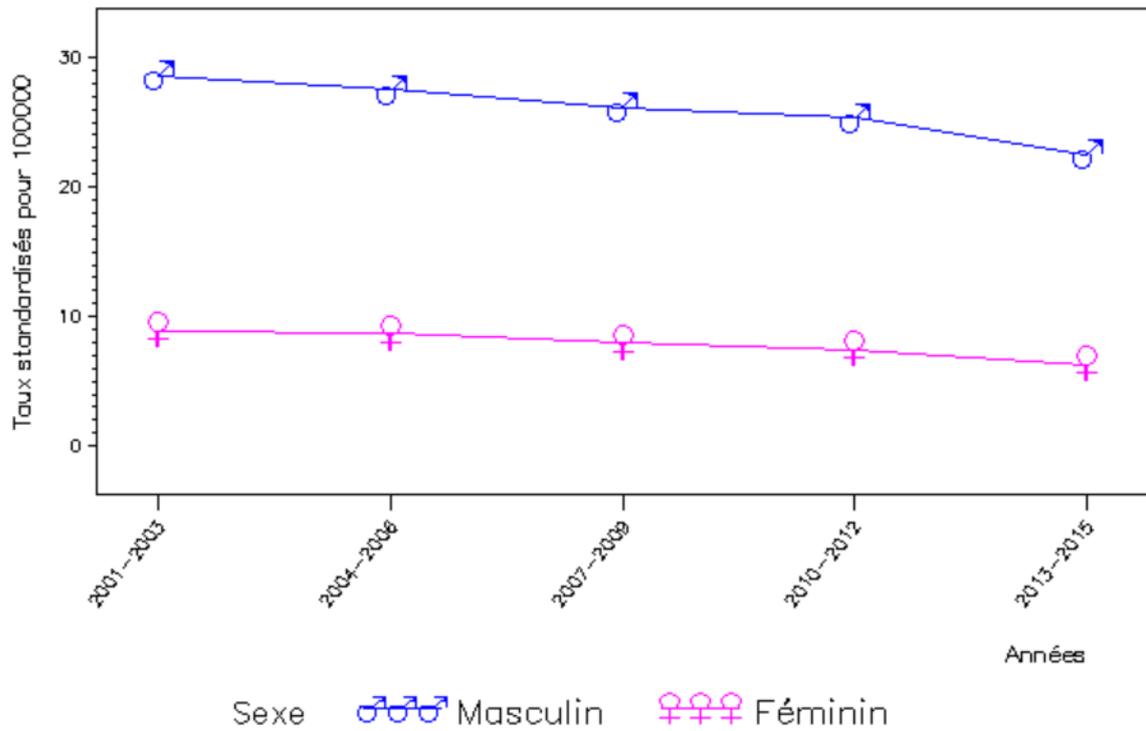
Année / Age	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+	Total
2015	M 16	M 294	M 651	M 1141	M 1528	M 1211	M 809	M 817	M 486	M 21	M 6974
	F 15	F 77	F 131	F 291	F 501	F 409	F 309	F 245	F 146	F 11	F 2135
	T 31	T 371	T 782	T 1432	T 2029	T 1620	T 1118	T 1062	T 632	T 32	T 9109
2014	M 17	M 290	M 699	M 1129	M 1446	M 1146	M 716	M 860	M 461	M 16	M 6780
	F 13	F 97	F 176	F 307	F 485	F 446	F 303	F 270	F 147	F 9	F 2253
	T 30	T 387	T 875	T 1436	T 1931	T 1592	T 1019	T 1130	T 608	T 25	T 9033
2013	M 20	M 334	M 724	M 1255	M 1655	M 1277	M 772	M 845	M 482	M 29	M 7393
	F 11	F 124	F 169	F 337	F 527	F 465	F 365	F 265	F 149	F 14	F 2426
	T 31	T 458	T 893	T 1592	T 2182	T 1742	T 1137	T 1110	T 631	T 43	T 9819
2012	M 23	M 379	M 709	M 1296	M 1644	M 1198	M 767	M 911	M 485	M 26	M 7438
	F 12	F 109	F 190	F 343	F 557	F 491	F 285	F 297	F 145	F 17	F 2446
	T 35	T 488	T 899	T 1639	T 2201	T 1689	T 1052	T 1208	T 630	T 43	T 9884
2011	M 27	M 378	M 802	M 1446	M 1728	M 1276	M 796	M 917	M 493	M 24	M 7887
	F 14	F 130	F 173	F 407	F 615	F 569	F 278	F 290	F 148	F 13	F 2637
	T 41	T 508	T 975	T 1853	T 2343	T 1845	T 1074	T 1207	T 641	T 37	T 10524
2010	M 26	M 397	M 821	M 1442	M 1720	M 1236	M 739	M 880	M 455	M 19	M 7735
	F 18	F 124	F 179	F 445	F 641	F 564	F 333	F 318	F 136	F 16	F 2774
	T 44	T 521	T 1000	T 1887	T 2361	T 1800	T 1072	T 1198	T 591	T 35	T 10509
2009	M 28	M 415	M 850	M 1512	M 1663	M 1273	M 782	M 911	M 420	M 29	M 7883
	F 13	F 124	F 222	F 426	F 627	F 543	F 343	F 291	F 154	F 18	F 2761
	T 41	T 539	T 1072	T 1938	T 2290	T 1816	T 1125	T 1202	T 574	T 47	T 10644
2008	M 20	M 445	M 867	M 1446	M 1646	M 1172	M 814	M 930	M 402	M 21	M 7763
	F 6	F 112	F 216	F 467	F 650	F 529	F 319	F 308	F 133	F 19	F 2759
	T 26	T 557	T 1083	T 1913	T 2296	T 1701	T 1133	T 1238	T 535	T 40	T 10522
2007	M 18	M 407	M 858	M 1455	M 1674	M 1032	M 764	M 918	M 381	M 25	M 7532
	F 7	F 117	F 211	F 485	F 615	F 522	F 316	F 321	F 127	F 13	F 2734
	T 25	T 524	T 1069	T 1940	T 2289	T 1554	T 1080	T 1239	T 508	T 38	T 10266
2006	M 25	M 410	M 904	M 1511	M 1682	M 1058	M 845	M 918	M 338	M 26	M 7717
	F 8	F 126	F 257	F 490	F 650	F 493	F 376	F 315	F 118	F 19	F 2852
	T 33	T 536	T 1161	T 2001	T 2332	T 1551	T 1221	T 1233	T 456	T 45	T 10569
2005	M 20	M 448	M 964	M 1557	M 1687	M 1005	M 915	M 981	M 336	M 17	M 7930
	F 11	F 131	F 251	F 485	F 690	F 523	F 359	F 324	F 139	F 13	F 2926
	T 31	T 579	T 1215	T 2042	T 2377	T 1528	T 1274	T 1305	T 475	T 30	T 10856
2004	M 16	M 499	M 975	M 1632	M 1791	M 956	M 865	M 901	M 313	M 28	M 7976
	F 5	F 138	F 274	F 555	F 711	F 488	F 335	F 317	F 131	F 13	F 2967
	T 21	T 637	T 1249	T 2187	T 2502	T 1444	T 1200	T 1218	T 444	T 41	T 10943
2003	M 30	M 509	M 1065	M 1712	M 1727	M 933	M 893	M 901	M 362	M 22	M 8154
	F 6	F 145	F 288	F 502	F 673	F 413	F 376	F 315	F 130	F 11	F 2859
	T 36	T 654	T 1353	T 2214	T 2400	T 1346	T 1269	T 1216	T 492	T 33	T 11013
2002	M 27	M 479	M 1096	M 1687	M 1517	M 946	M 888	M 812	M 359	M 26	M 7837
	F 14	F 125	F 282	F 549	F 661	F 447	F 381	F 312	F 148	F 22	F 2941
	T 41	T 604	T 1378	T 2236	T 2178	T 1393	T 1269	T 1124	T 507	T 48	T 10778
2001	M 24	M 444	M 1101	M 1674	M 1568	M 866	M 909	M 789	M 394	M 25	M 7767
	F 11	F 142	F 267	F 548	F 585	F 408	F 387	F 323	F 137	F 10	F 2818
	T 35	T 586	T 1368	T 2195	T 2153	T 1274	T 1296	T 1112	T 531	T 35	T 10585
2000	M 36	M 484	M 1110	M 1732	M 1543	M 841	M 995	M 850	M 462	M 18	M 8071
	F 8	F 141	F 293	F 517	F 619	F 386	F 431	F 322	F 164	F 5	F 2886
	T 44	T 625	T 1403	T 2249	T 2162	T 1227	T 1426	T 1172	T 626	T 23	T 10957

Annexe 2. Nombre de décès par suicide en France entière de 2000 à 2015 par catégorie d'âge et de sexe.

M= Masculin, F=Féminin, T=Total.

Source : Cépi-Dc Inserm

Annexe 3 : Evolution des taux de décès par suicide selon le sexe standardisés par âge en France entière de 2001 à 2015.



Annexe 3. Evolution par sexe des taux de décès par suicide standardisés par âge en France entière tous âge de 2001 à 2015.

Source : Cépi-Dc Inserm

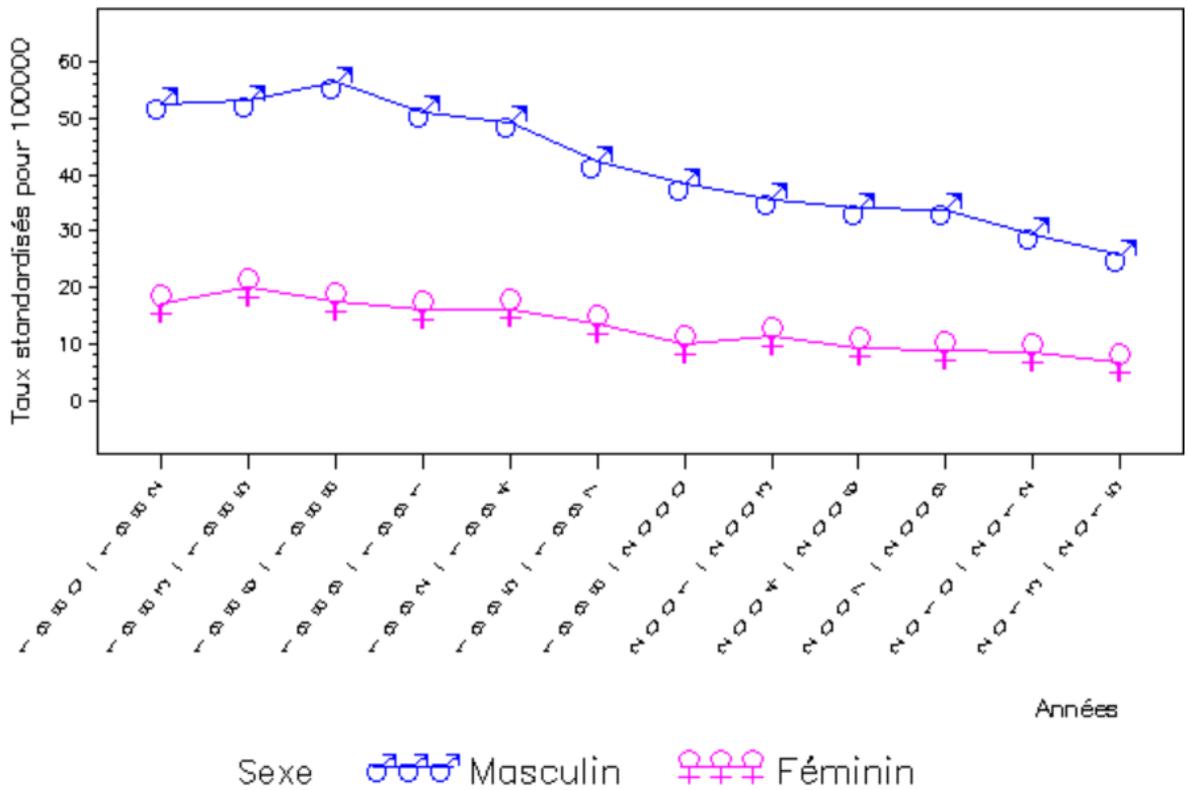
Annexe 4 : Mortalité par suicide dans les départements de la Seine Maritime et de l'Eure de 2000 à 2015 selon les catégories d'âge et de sexe.

Année / Age	0-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85-94	95+	Total
2015	M 1	M 4	M 21	M 45	M 48	M 31	M 25	M 20	M 13	M 2	M 210
	F 1	F 2	F 0	F 13	F 16	F 8	F 11	F 7	F 6	F 0	F 64
	T 2	T 6	T 21	T 58	T 64	T 39	T 36	T 27	T 19	T 2	T 274
2014	M 1	M 10	M 22	M 37	M 53	M 42	M 23	M 24	M 14	M 1	M 227
	F 0	F 4	F 5	F 14	F 15	F 12	F 8	F 11	F 10	F 0	F 79
	T 1	T 14	T 27	T 51	T 68	T 54	T 31	T 35	T 24	T 1	T 306
2013	M 0	M 10	M 20	M 38	M 52	M 38	M 26	M 23	M 13	M 0	M 220
	F 0	F 4	F 1	F 5	F 15	F 13	F 7	F 9	F 5	F 1	F 60
	T 0	T 14	T 21	T 43	T 67	T 51	T 33	T 32	T 18	T 1	T 280
2012	M 0	M 11	M 24	M 36	M 44	M 30	M 18	M 25	M 19	M 1	M 208
	F 0	F 3	F 9	F 6	F 13	F 15	F 6	F 13	F 5	F 0	F 70
	T 0	T 14	T 33	T 42	T 57	T 45	T 24	T 38	T 24	T 1	T 278
2011	M 0	M 15	M 20	M 60	M 58	M 47	M 28	M 28	M 13	M 0	M 269
	F 2	F 1	F 4	F 10	F 26	F 26	F 8	F 13	F 8	F 0	F 98
	T 2	T 16	T 24	T 70	T 84	T 73	T 36	T 41	T 21	T 0	T 367
2010	M 0	M 12	M 19	M 55	M 69	M 42	M 20	M 30	M 17	M 1	M 265
	F 1	F 2	F 5	F 14	F 13	F 18	F 10	F 18	F 2	F 2	F 85
	T 1	T 14	T 24	T 69	T 82	T 60	T 30	T 48	T 19	T 3	T 350
2009	M 4	M 19	M 27	M 55	M 73	M 47	M 34	M 34	M 18	M 0	M 311
	F 2	F 5	F 7	F 16	F 9	F 14	F 9	F 7	F 6	F 0	F 75
	T 6	T 24	T 34	T 71	T 82	T 61	T 43	T 41	T 24	T 0	T 386
2008	M 1	M 16	M 31	M 65	M 44	M 47	M 25	M 30	M 16	M 0	M 275
	F 0	F 2	F 4	F 17	F 18	F 19	F 9	F 14	F 3	F 0	F 86
	T 1	T 18	T 35	T 82	T 62	T 66	T 34	T 44	T 19	T 0	T 361
2007	M 1	M 11	M 27	M 47	M 58	M 34	M 25	M 29	M 13	M 1	M 246
	F 0	F 6	F 6	F 17	F 26	F 15	F 8	F 15	F 7	F 1	F 101
	T 1	T 17	T 33	T 64	T 84	T 49	T 33	T 44	T 20	T 2	T 347
2006	M 1	M 7	M 32	M 59	M 65	M 35	M 30	M 30	M 13	M 0	M 272
	F 0	F 2	F 10	F 15	F 23	F 13	F 13	F 3	F 4	F 1	F 84
	T 1	T 9	T 42	T 74	T 88	T 48	T 43	T 33	T 17	T 1	T 356
2005	M 1	M 20	M 39	M 45	M 61	M 35	M 33	M 31	M 14	M 0	M 279
	F 0	F 3	F 5	F 19	F 22	F 15	F 14	F 11	F 6	F 1	F 96
	T 1	T 23	T 44	T 64	T 83	T 50	T 47	T 42	T 20	T 1	T 375
2004	M 1	M 19	M 38	M 48	M 66	M 38	M 28	M 22	M 10	M 1	M 271
	F 0	F 4	F 6	F 14	F 23	F 17	F 9	F 10	F 2	F 2	F 87
	T 1	T 23	T 44	T 62	T 89	T 55	T 37	T 32	T 12	T 3	T 358
2003	M 0	M 19	M 36	M 57	M 58	M 38	M 26	M 33	M 13	M 3	M 283
	F 1	F 4	F 12	F 16	F 21	F 14	F 15	F 13	F 5	F 0	F 101
	T 1	T 23	T 48	T 73	T 79	T 52	T 41	T 46	T 18	T 3	T 384
2002	M 2	M 11	M 39	M 71	M 57	M 29	M 34	M 26	M 11	M 1	M 281
	F 0	F 8	F 12	F 17	F 19	F 11	F 13	F 9	F 8	F 1	F 98
	T 2	T 19	T 51	T 88	T 76	T 40	T 47	T 35	T 19	T 2	T 379
2001	M 2	M 12	M 41	M 48	M 63	M 28	M 32	M 29	M 13	M 0	M 268
	F 2	F 8	F 10	F 24	F 22	F 17	F 8	F 13	F 9	F 0	F 113
	T 4	T 20	T 51	T 72	T 85	T 45	T 40	T 42	T 22	T 0	T 381
2000	M 2	M 14	M 45	M 51	M 61	M 37	M 43	M 35	M 16	M 0	M 304
	F 0	F 2	F 13	F 11	F 14	F 21	F 13	F 13	F 4	F 0	F 91
	T 2	T 16	T 58	T 62	T 75	T 58	T 56	T 48	T 20	T 0	T 395

Annexe 4. Nombre de décès par suicide de 2000 à 2015 dans les départements de la Seine Maritime et de l'Eure par catégorie d'âge et de sexe.

Source : Cépi-Dc Inserm.

Annexe 5 : Evolution des taux de décès par suicide de 1980 à 2015 dans les départements de la Seine maritime et de l'Eure en fonction du sexe.



Annexe 5. Evolution par sexe des taux de décès par suicide standardisés par âge dans les départements de la Seine maritime et de l'Eure de 1980 à 2015.

Source : Cépi-Dc Inserm

Annexe 6: Echelle de Beck ou Beck Depression Inventory (BDI)

Cette échelle est composée de 13 items, la cotation de chaque item varie entre 0 et 3.

Item A :

0. Je ne me sens pas triste.
1. Je me sens cafardeux ou triste.
2. Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir.
3. Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.

Item B :

0. Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir.
1. J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir.
2. Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.
3. Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer.

Item C :

0. Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.
1. J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.
2. Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.
3. J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).

Item D :

0. Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.
1. Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.
2. Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.
3. Je suis mécontent de tout.

Item E :

0. Je ne me sens pas coupable.
1. Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.

2. Je me sens coupable.
3. Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.

Item F :

0. Je ne suis pas déçu par moi-même.
1. Je suis déçu par moi-même.
2. Je me dégoûte moi-même.
3. Je me hais.

Item G :

0. Je ne pense pas à me faire du mal.
1. Je pense que la mort me libérerait.
2. J'ai des plans précis pour me suicider.
3. Si je le pouvais, je me tuerais.

Item H :

0. Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.
1. Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.
2. J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux.
3. J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement.

Item I :

0. Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.
1. J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.
2. J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.
3. Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.

Item J :

0. Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.
1. J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.
2. J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.

3. J'ai l'impression d'être laid et repoussant.

Item K :

0. Je travaille aussi facilement qu'auparavant.
1. Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.
2. Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.
3. Je suis incapable de faire le moindre travail.

Item L :

0. Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.
1. Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.
2. Faire quoi que ce soit me fatigue.
3. Je suis incapable de faire le moindre travail.

Item M :

0. Mon appétit est toujours aussi bon.
1. Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.
2. Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.
3. Je n'ai plus du tout d'appétit.

Résultats : Le score varie de 0 à 39.

0 à 3 : Pas de dépression

4 à 7 : Dépression légère

8 à 15 : Dépression d'intensité moyenne à modérée

16 et plus : Dépression sévère.

Source : Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.

Annexe 7 : Echelle de désespoir de Beck ou Beck Hopelessness Scale (BHS)

Cette échelle est composée de 20 items auxquels il faut répondre par vrai ou faux : 9 items issus d'un questionnaire portant sur l'appréhension de l'avenir et 11 items issus d'un panel d'affirmations négatives recueillies auprès de patients souffrant de troubles psychiatriques ayant fait part de leur désespoir.

Item 1 : J'attends le futur avec espoir et enthousiasme. Vrai Faux

Item 2 : Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi. Vrai Faux

Item 3 : Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours. Vrai Faux

Item 4 : Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans. Vrai Faux

Item 5 : J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus. Vrai Faux

Item 6 : Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi. Vrai Faux

Item 7 : Mon avenir me semble plus sombre. Vrai Faux

Item 8 : Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens. Vrai Faux

Item 9 : Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur. Vrai Faux

Item 10 : Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir. Vrai Faux

Item 11 : Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir. Vrai Faux

Item 12 : Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus. Vrai Faux

Item 13 : Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant. Vrai Faux

Item 14 : Les choses ne sont pas comme je le veux. Vrai Faux

Item 15 : J'ai foi en l'avenir. Vrai Faux

Item 16 : Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit. Vrai Faux

Item 17 : Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.

Item 18 : L'avenir me semble vague et incertain. Vrai Faux

Item 19 : Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments. Vrai Faux

Item 20 : Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas. Vrai Faux

Résultats : **Score > 8 ou 9** : Risque élevé de suicide

Source : Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.

Annexe 8 : Echelle d'intentionnalité suicidaire ou Suicide Intent Scale (SIS)

La version initiale de cette échelle a été élaborée par A.T. BECK en 1974 et comporte vingt questions, divisée en 3 sections. Elle a été revue par D. W. PIERCE en 1977, qui en a fait une version à douze questions, divisée en 3 sections (voir ci-dessous) :

- Les circonstances de la tentative de suicide [6 questions] ;
- Les propos rapportés par le patient [self report] [4 questions] ;
- La létalité évaluée par le médecin [2 questions].

Le sujet doit entourer le chiffre correspondant le mieux à la circonstance ou au contexte de la tentative de suicide.

Date de la tentative de suicide: __ __/__ __/__ __

I - CIRCONSTANCES OBJECTIVES LIEES A LA TENTATIVE DE SUICIDE

1 - Isolement

- Quelqu'un de présent : 0
- Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) : 1
- Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal : 2

2 - Moment choisi

- Intervention probable : 0
- Intervention improbable : 1
- Intervention très improbable : 2

3 - Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui

- Aucune précaution prise : 0
- Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention : Seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) : 1
- Précautions actives (porte fermée à clé...) : 2

4 - Appel à l'aide pendant ou après la tentative

- a averti de son geste, une personne pouvant le secourir : 0
- A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste : 1
- N'a contacté ou averti personne : 2

5 - Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, par exemple : Testament, cadeaux, assurance vie...)

- Aucune : 0
- A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre : 1
- A pris toutes ses dispositions ou a fait des plans définitifs : 2

6 - Lettre d'adieu

- Pas de lettre : 0
- Lettre écrite mais déchirée ou jetée : 1

- Présence d'une lettre : 2

II - PROPOS RAPPORTES PAR LE PATIENT

1 - Appréciation de la léthalité du geste par le patient

- Pensait que son geste ne le tuerait pas : 0
- N'était pas sûr que son geste le tuerait : 1
- Était sûr que son geste le tuerait : 2

2 - Intention de mort

- Ne voulait pas mourir : 0
- Incertain ou mélange des 2 : 1
- Voulait mourir : 2

3 - Préméditation

- Aucune, geste impulsif : 0
- Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative : 1
- Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative : 2
- Suicide envisagé plus d'un jour après la tentative : 3

4 - Position actuelle vis-à-vis de la tentative

- Patient heureux de s'en être sorti : 0
- Patient incertain ou mélange des 2 : 1
- Patient désolé d'avoir survécu : 2

III - DANGÉROSITÉ

1 - Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (Exemple : Si quelqu'un n'était pas venu lui porter secours ?)

- Issue favorable certaine : 0
- Mort improbable : 1
- Mort probable ou certaine : 2

2 - La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?

- Non : 0
- Incertain : 1
- Oui : 2

Résultats :

15-19 : Faible intention

20-28 : Intention modérée

>29 : Intention élevée

Source : Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985.

Annexe 9 : Echelle d'idéation suicidaire ou Beck Scale for Suicide Ideation (BSS)

Il s'agit d'un hétéro-questionnaire applicable aux suicidaires et comporte 19 items cotés de 0 à 2. La passation est rapide, au cours d'un entretien semi structuré et permet d'évaluer les idées suicidaires, la létalité de la méthode envisagée, la disponibilité des moyens d'autodestruction et l'existence d'éléments dissuasifs.

I. CARACTERISTIQUES DE L'ATTITUDE VIVRE/MOURIR

1) Désir de vivre :

0. Modéré à fort

1. Faible

2. Nul

2) Désir de mourir :

0. Nul

1. Faible

2. Modéré à fort

3) Raisons pour vivre/mourir :

0. Vivre plutôt que mourir

1. A peu près égaux

2. Mourir plutôt que vivre

4) Désir de commettre une tentative de suicide active :

0. Nul

1. Faible

2. Modéré à fort

5) Tentative de suicide passive :

0. Prendrait des précautions pour sauver sa vie

1. Laisserait la décision vivre/mourir au hasard (par ex. traverse sans précaution une rue passante)

2. Eviterait délibérément les mesures nécessaires pour sauver ou maintenir sa vie (par ex. diabétique cessant la prise d'insuline)

II. CARACTERISTIQUES DE L'IDEATION/DESIR SUICIDAIRE

6) Dimension temporelle : durée

0. Bref, périodiques éphémères

1. Périodes plus longs

2. Continu (chronique) ou presque continu

7) Dimension temporelle : fréquence

0. Rare, occasionnel

1. Intermittent

2. Persistant ou continu

8) Attitude vers l'idéation/désir :

0. Rejet

1. Ambivalent ; indifférent

2. Accepte

9) Contrôle sur l'action suicidaire/le désir d'acting out :

0. A le sentiment de contrôle

1. Contrôle incertain

2. N'a aucun sentiment de contrôle

10) Facteurs dissuasifs d'une TS (par exemple, famille, religion, risque une blessure grave en cas d'échec, irréversibilité) :

0. Ne tenterait pas le suicide à cause de cela

1. Peu concerné par cela

2. Peu ou pas de considération pour ces facteurs (indiquer les facteurs de dissuasion s'ils existent)

11) Raison pour envisager une tentative :

0. Pour manipuler l'environnement, attirer l'attention se venger

1. Mélange de « 0 » et de « 2 »

2. Pour s'échapper différer résoudre les problèmes

III. CARACTERISTIQUES DE LA TENTATIVE ENVISAGÉE

12) Méthodes : spécificité / planification

0. Non envisagés

1. Envisagés, mais les détails ne sont pas élaborés

2. Les détails sont élaborés /bien formulés

13) Méthodes : disponibilité/opportunité

0. Méthodes pas disponibles pas d'opportunités

1. Méthode prendrait trop de temps /d'effort ; opportunité pas vraiment présente

2. a) Méthode et opportunité disponibles

b) Opportunité future ou disponibilité de la méthode anticipée

14) Sentiment de « capacité » à accomplir la tentative :

0. Aucun courage, trop faible, peur, incompetence

1. Pas sûr d'avoir le courage, la compétence

2. Sûr de sa compétence, de son courage

15) Attente /anticipation de la tentative :

0. Non

1. Pas sûr, incertain

2. Oui

IV. ACTUALISATION DE LA TENTATIVE ENVISAGÉE

16) Préparation effective :

0. Aucun

1. Partielle (par exemple commence à collecter des cachets)

2. Complète (par ex. avait des cachets, un rasoir, une arme chargée)

17) Lettre d'adieu :

0. Aucun

1. Commencé mais pas terminée ; y'a seulement pensé

2. Complété

18) Actes ultimes anticipant la mort (par exemple assurance, testament, cadeaux) :

0. Aucun

1. Y a pensé ou a fait quelques arrangements

2. A fait des plans définitifs ou à complétés les arrangements

19) Dissimulation de la tentative envisagée (concerne la communication de l'idéation à l'enquêteur clinicien) :

0. Révélé ouvertement l'idéation

1. Dévoile partiellement l'idéation

2. Tente de dissimuler

V. FACTEURS CONTEXTUELS

Les items 20 et 21 ne sont pas inclus dans le score total

20) Tentatives de suicide antérieures :

0. Aucune

1. Une

2. Plus d'une

21) Intention de mourir lors la dernière tentative de suicide :

0. Faible

1. Modéré, incertaine, ambivalente

2. Elevé

Résultats : Le score se situe entre 0 et 38.

Score > 24 : Risque élevé de suicide

Source : Dépression et syndromes anxio-dépressifs : J.D.Guelfi et Coll, Ardix Médical. Evaluation clinique et psychométrique des états dépressifs : J.Cottraux, Collection Scientifique Survector, 1985

Annexe 10 : Echelle d'évaluation de Columbia de la gravité du risque suicidaire (C-SSRS)

IDÉATION SUICIDAIRE		
<i>Posez les questions 1 et 2. Si les deux réponses sont négatives, passez à la section « Comportement suicidaire ». Si la réponse à la question 2 est « oui », posez les questions 3, 4 et 5. Si la réponse à la question 1 et/ou 2 est « oui », complétez la section « Intensité de l'idéation » ci-dessous.</i>		Depuis la dernière visite
1. Désir d'être mort(e) Le sujet souscrit à des pensées concernant le désir de mourir ou de ne plus être en vie, ou le désir de s'endormir et de ne pas se réveiller. <i>Avez-vous souhaité être mort(e) ou vous endormir et ne jamais vous réveiller ?</i>		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :		
2. Pensées suicidaires actives non spécifiques Pensées d'ordre général non spécifiques autour de la volonté de mettre fin à ses jours/se suicider (par ex. « J'ai pensé à me suicider »), non associées à des pensées sur les manières permettant de se suicider/méthodes associées, ni à une intention ou à un scénario, au cours de la période d'évaluation. <i>Avez-vous réellement pensé à vous suicider ?</i>		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :		
3. Idéation suicidaire active avec définition de méthodes (sans scénario), sans intention de passage à l'acte Le sujet pense au suicide et a envisagé au moins une méthode pour y parvenir au cours de la période d'évaluation. Il ne s'agit pas ici de l'élaboration d'un scénario spécifique comprenant le moment, le lieu ou la méthode (par ex. le sujet a pensé à une méthode pour se suicider, mais ne dispose pas d'un scénario précis). Il s'agit par exemple d'une personne déclarant : « J'ai pensé à avaler des médicaments, mais je n'ai pas de scénario précis sur le moment, le lieu ou la manière dont je le ferais... et je n'irais jamais jusque là ». <i>Avez-vous pensé à la manière dont vous vous y prendriez ?</i>		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :		
4. Idéation suicidaire active avec intention de passage à l'acte, sans scénario précis Pensées suicidaires actives, le sujet exprime une intention plus ou moins forte de passer à l'acte et ne se contente pas de déclarer : « J'ai des pensées suicidaires, mais je ne ferai jamais rien pour les mettre en œuvre ». <i>Avez-vous eu des pensées de ce genre et l'intention de passer à l'acte ?</i>		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :		
5. Idéation suicidaire active avec scénario précis et intention de passage à l'acte Pensées suicidaires associées à l'élaboration complète ou partielle d'un scénario détaillé ; le sujet exprime une intention plus ou moins forte de mettre ce scénario à exécution. <i>Avez-vous commencé ou fini d'élaborer un scénario détaillé sur la manière dont vous voulez vous suicider ? Avez-vous l'intention de mettre ce scénario à exécution ?</i>		Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si oui, décrivez :		

INTENSITÉ DE L'IDÉATION		
<i>Les aspects suivants doivent être évalués en fonction du type d'idéation le plus grave (c.-à-d. idéations 1 à 5 ci-dessus, 1 étant la moins grave et 5 la plus grave).</i>		Idéation la plus grave
<i>Idéation la plus grave :</i>		
Fréquence <i>Combien de fois avez-vous eu ces pensées ?</i>	N° du type (1 à 5) _____ Description de l'idéation	
(1) Moins d'une fois par semaine (2) Une fois par semaine (3) 2 à 5 fois par semaine (4) Tous les jours ou presque (5) Plusieurs fois par jour		_____
Durée <i>Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?</i>	(1) Quelques instants : quelques secondes ou quelques minutes (4) 4 à 8 heures/une grande partie de la journée (2) Moins d'une heure/un certain temps (5) Plus de 8 heures/en permanence ou tout le temps (3) 1 à 4 heures/longtemps	_____
Maîtrise des pensées suicidaires <i>Pourriez-vous/pouvez-vous arrêter de penser au suicide ou à votre envie de mourir si vous le voulez ?</i>	(1) Maîtrise facilement ses pensées. (4) Capable de maîtriser ses pensées avec de grandes difficultés. (2) Capable de maîtriser ses pensées avec de légères difficultés. (5) Incapable de maîtriser ses pensées. (3) Capable de maîtriser ses pensées avec quelques difficultés. (0) N'essaie pas de maîtriser ses pensées.	_____
Éléments dissuasifs <i>Y a-t-il quelque chose ou quelqu'un (par ex. votre famille, votre religion ou la douleur au moment de la mort) qui vous a dissuadé(e) de vouloir mourir ou de mettre à exécution vos pensées suicidaires ?</i>	(1) Des éléments dissuasifs vous ont véritablement empêché(e) de tenter de vous suicider. (4) Vous n'avez très probablement été arrêté(e) par aucun élément dissuasif. (2) Des éléments dissuasifs vous ont probablement arrêté(e). (5) Les éléments dissuasifs ne vous ont pas du tout arrêté(e). (3) Vous ne savez pas si des éléments dissuasifs vous ont arrêté(e). (0) Sans objet	_____
Causes de l'idéation <i>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez souhaité mourir ou vous suicider ? Était-ce pour faire cesser la douleur ou bien pour ne plus ressentir votre mal-être (en d'autres termes, vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être), ou bien pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres ? Ou tout cela à la fois ?</i>	(1) Uniquement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (4) Principalement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (2) Principalement pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres. (5) Uniquement pour faire cesser la douleur (vous ne pouviez pas continuer à vivre avec cette douleur ou ce mal-être). (3) Autant pour attirer l'attention, vous venger ou faire réagir les autres que pour faire cesser la douleur. (0) Sans objet	_____

COMPORTEMENT SUICIDAIRE (Cocher toutes les cases correspondant à des événements distincts ; le sujet devra être interrogé sur tous les types de comportements)	Depuis la dernière visite
Tentative avérée : Acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention plus ou moins forte de mourir suite à cet acte. Ce comportement a été en partie envisagé comme moyen de se suicider. L'intention suicidaire n'est pas nécessairement de 100 %. Si une intention/volonté quelconque de mourir est associée à l'acte, celui-ci pourra être qualifié de tentative de suicide avérée. La présence de blessures ou de lésions n'est pas obligatoire , mais seulement potentielle. Si la personne appuie sur la gâchette d'une arme à feu placée dans sa bouche, mais que cette arme ne fonctionne pas et qu'aucune blessure n'est engendrée, cet acte sera considéré comme une tentative. Intention présumée : même si la personne nie son intention/sa volonté de mourir, on peut supposer d'un point de vue clinique l'existence de cette intention/volonté d'après le comportement ou les circonstances. Par exemple, un acte pouvant entraîner une mort certaine et ne relevant clairement pas d'un accident, de sorte qu'il ne peut être assimilé qu'à une tentative de suicide (par ex. balle tirée dans la tête, défenestration d'un étage élevé). On peut également présumer une intention de mourir lorsqu'une personne nie son intention de mourir, tout en indiquant qu'elle pensait que ce qu'elle faisait pouvait être mortel. Avez-vous fait une tentative de suicide ? Avez-vous cherché à vous faire du mal ? Avez-vous fait quelque chose de dangereux qui aurait pu entraîner votre mort ? Qu'avez-vous fait ? Avez-vous _____ dans le but de mettre fin à vos jours ? Voulez-vous mourir (même un peu) quand vous _____ ? Avez-vous tenté de mettre fin à vos jours quand vous _____ ? Ou avez-vous pensé que vous pouviez mourir en _____ ? Ou l'avez-vous fait uniquement pour d'autres raisons/sans AUCUNE intention de vous suicider (par exemple pour être moins stressé(e), vous sentir mieux, obtenir de la compassion ou pour que quelque chose d'autre arrive) ? (Comportement auto-agressif sans intention de suicide) Si oui, décrivez : _____	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives _____ Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le sujet a-t-il eu un comportement auto-agressif non suicidaire ? Tentative interrompue : Interruption (par des facteurs extérieurs) de la mise en œuvre par la personne d'un acte potentiellement auto-agressif (sinon, une tentative avérée aurait eu lieu). Surdosage : la personne a des comprimés dans la main, mais quelqu'un l'empêche de les avaler. Si elle ingère un ou plusieurs comprimés, il s'agit d'une tentative avérée plutôt que d'une tentative interrompue. Arme à feu : la personne pointe une arme vers elle, mais l'arme lui est reprise par quelqu'un ou quelque chose l'empêche d'appuyer sur la gâchette. Si elle appuie sur la gâchette et même si le coup ne part pas, il s'agit d'une tentative avérée. Saut dans le vide : la personne s'apprête à sauter, mais quelqu'un la retient et l'éloigne du bord. Pendaison : la personne a une corde autour du cou mais ne s'est pas encore pendue car quelqu'un l'en empêche. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais d'en être empêché(e) par quelqu'un ou quelque chose avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez : _____	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives interrompues _____
Tentative avortée : La personne se prépare à se suicider, mais s'interrompt d'elle-même avant d'avoir réellement eu un comportement autodestructeur. Les exemples sont similaires à ceux illustrant une tentative interrompue, si ce n'est qu'ici la personne interrompt d'elle-même sa tentative au lieu d'être interrompue par un facteur extérieur. Vous est-il arrivé de commencer à faire quelque chose pour tenter de mettre fin à vos jours, mais de vous arrêter de vous-même avant de véritablement passer à l'acte ? Si oui, décrivez : _____	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nombre total de tentatives avortées _____
Préparatifs : Actes ou préparatifs en vue d'une tentative de suicide imminente. Il peut s'agir de tout ce qui dépasse le stade de la verbalisation ou de la pensée, comme l'élaboration d'une méthode spécifique (par ex. se procurer des comprimés ou une arme à feu) ou la prise de dispositions en vue de son suicide (par ex. dons d'objets, rédaction d'une lettre d'adieu). Avez-vous pris certaines mesures pour faire une tentative de suicide ou pour préparer votre suicide (par ex. rassembler des comprimés, vous procurer une arme à feu, donner vos objets de valeur ou écrire une lettre d'adieu) ? Si oui, décrivez : _____	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Comportement suicidaire : Un comportement suicidaire a-t-il été observé au cours de la période d'évaluation ?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Suicide réussi :	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Répondre en tenant compte des tentatives avérées uniquement	Tentative la plus létale
Létalité/lésions médicales observées : 0. Aucune atteinte physique ou atteinte physique très légère (par ex. égratignures). 1. Atteinte physique légère (par ex. élocution ralentie, brûlures au premier degré, légers saignements, entorses). 2. Atteinte physique modérée nécessitant une prise en charge médicale (par ex. personne consciente mais somnolente, altération de la réactivité, brûlures au deuxième degré, saignement d'un vaisseau important). 3. Atteinte physique grave, hospitalisation nécessaire et soins intensifs probablement nécessaires (par ex. état comateux avec réflexes intacts, brûlures au troisième degré sur moins de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante mais sans risque vital, fractures importantes). 4. Atteinte physique très grave, hospitalisation et soins intensifs nécessaires (par ex. état comateux avec absence de réflexes, brûlures au troisième degré sur plus de 20 % de la surface corporelle, hémorragie importante associée à une instabilité des signes vitaux, atteinte majeure d'un organe vital). 5. Décès	Date: _____ Inscrive le code correspondant _____
Létalité potentielle : ne répondre que si la létalité observée = 0 Létalité probable d'une tentative avérée en l'absence de lésions médicales (exemples de tentatives n'ayant entraîné aucune lésion médicale, mais pouvant potentiellement présenter un degré très élevé de létalité : la personne place le canon d'une arme à feu dans sa bouche, appuie sur la gâchette, mais le coup ne part pas et aucune lésion médicale n'est engendrée ; la personne s'allonge sur les rails à l'approche d'un train mais est relevée par quelqu'un avant d'être écrasée). 0 = Comportement peu enclin à engendrer des blessures 1 = Comportement susceptible d'engendrer des blessures mais ne pouvant causer la mort 2 = Comportement susceptible de causer la mort malgré des soins médicaux disponibles	Inscrive le code correspondant _____

Source : Posner K., Brent D., Lucas C., Oquendo M. Columbia University Medical Center. 2009. Disponible en ligne.

<https://www.recherchecliniquepariscentre.fr/wp-content/uploads/2016/01/C-SSRS->

[SinceLastVisit_FR_20160111_CBY.pdf](#)

Annexe 11: Questionnaire à 6 mois – Dispositif Vigilans

- 1) Est-ce que vous avez un suivi psychiatrique ?
- 2) Est-ce que vous avez un médecin traitant ?
- 3) Est-ce que vous prenez votre traitement ?
- 4) Est-ce qu'il y a eu une récurrence suicidaire depuis la tentative de suicide motivant l'inclusion ou la dernière inclusion dans le dispositif Vigilans ?
- 5) Est-ce que votre entourage est informé de l'inclusion dans le dispositif Vigilans ?

RESUME ET MOTS CLES

RESUME

Introduction. Le dispositif Vigilans permet d'établir et de maintenir des contacts notamment téléphoniques avec des sujets ayant effectué une tentative de suicide et a démontré son efficacité sur la réduction du risque de récurrence suicidaire. L'objectif de cette étude, basée sur un modèle d'autopsie psychologique, est d'étudier les différents facteurs ayant contribué à la survenue de suicides chez des sujets inclus dans le dispositif Vigilans.

Matériel et méthodes. Les sujets qui se sont suicidés malgré leur inclusion dans le dispositif Vigilans dans les départements de la Seine maritime et de l'Eure ont été inclus dans l'étude. Les différentes données épidémiologiques et cliniques issues du dossier médical ont été recueillies ainsi que les données recueillies par l'équipe infirmière du dispositif Vigilans notamment lors des contacts téléphoniques. Une étude de type épidémiologie descriptive a été réalisée dans l'objectif d'étudier les paramètres ayant conduit au suicide chez ces sujets.

Résultats. 26 sujets ont été inclus dans cette étude. L'échantillon était composé de 69% d'hommes et d'une majorité de sujets âgés entre 55 et 64 ans. 57% des sujets présentaient des troubles de l'humeur et 61% des sujets présentaient un trouble de l'usage d'alcool. 46% des sujets étaient sans emploi, 27% étaient divorcés ou en cours de divorce et 69% avaient des difficultés conjugales et familiales. Une prévalence élevée de gestes suicidaires graves ont été constatés ce qui représentait 42% des suicides survenus, 46% des tentatives de suicide initiales et 50% des récurrences suicidaires. 77% des suicides sont survenus dans les 3 premiers mois après l'inclusion et 53% dans le premier mois après l'inclusion.

Discussion. L'ensemble des résultats retrouvés dans cette étude permettent de définir un groupe à Haut Risque de Suicide composé de sujets ayant des comorbidités psychiatriques et addictologiques sans suivi et traitement de fond adapté, des facteurs environnementaux défavorables et des antécédents de gestes suicidaires graves. Ces sujets devront bénéficier d'un suivi rapproché et personnalisé de la part de l'équipe du dispositif Vigilans sur une période définie d'environ 3 mois dans l'objectif de leur proposer une prise en charge thérapeutique, un accès aux soins et de diminuer le risque de suicide ou de récurrence suicidaire.

D'autres recommandations peuvent être proposées pour l'ensemble des sujets inclus dans le dispositif tel que la programmation d'appels intermédiaires entre J10-J21 et 6 mois, l'envoi systématique de cartes postales et une meilleure coordination avec les SU, les psychiatres libéraux et les médecins traitants.

MOTS CLES

Suicide, Haut Risque de Suicide, Prévention, Dispositif Vigilans, contacts téléphoniques, Autopsie psychologique, Epidémiologie.

